



# Comunicaciones Póster

-1-

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INCONTINENCIA ANAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS.

Marta Vígara\*, Carlos Verdejo\*, Mario Ortega\*\*, Lara Guardado\*, Carlos Cerdán\*\*, Pedro Gil\*, Javier Cerdán\*\*

\* SERVICIO DE GERIATRÍA. \*\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La incontinencia anal (IA) constituye un problema trascendental que afecta de forma importante la calidad de vida del sujeto que la sufre. Su prevalencia se incrementa con la edad y está relacionada con su situación clínica, funcional y lugar de residencia.

**OBJETIVOS.** Estudio epidemiológico de la incontinencia anal y de todos los aspectos relacionados con esta alteración en pacientes geriátricos ingresados en una Unidad de Agudos.

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Desde septiembre de 2010 a Abril de 2011 se realiza un estudio transversal de 80 pacientes ingresados en una Unidad de Agudos (55 M y 25 H), de edades comprendidas entre 70 y 103 años (edad media: 80.5), mediante la realización de una encuesta que contiene 140 ítems para valorar la situación funcional defecatoria. La encuesta se realiza mediante entrevista personal y exploración posterior por un mismo médico a todos los sujetos. Los aspectos más importantes analizados son: Situación funcional basal del sujeto, alteración de la continencia valorada mediante Escala de Wexner, alteraciones del suelo pélvico, polimedicación, cirugías previas, número de pacientes que han consultado por este problema, estudios realizados y tratamientos recomendados.

**RESULTADOS.** 48 pacientes (60%), 29M (36,2%) y 18H (22,5%) presentan algún grado de Incontinencia. Del total, 41 (85.4%) presentan un Wexner superior a 10 y de ellos 30 (62.5%) alcanzan la máxima puntuación (20). 19 (39.5%) se encuentran institucionalizados, 21(43.7%) son dependientes para las ABVD, y 37 (77%) presentan diferentes grados de deterioro cognitivo. 10 de ellos (21%) han sido sometidos a algún tipo de Cirugía perianal.

Únicamente 3 pacientes (6,2%) consultaron con relación a su incontinencia y se realizó exclusivamente manometría anal a dos de ellos. A 36 (75%) se les propuso como tratamiento medidas higiénico-dietéticas y en ningún caso se planteó ninguna otra alternativa terapéutica.

### CONCLUSIONES.

1) La incontinencia anal constituye uno de los principales Síndromes Geriátricos.

2) En nuestro estudio, en una Unidad de Agudos el 60% presenta algún tipo de incontinencia, alcanzando el 37.5% su grado máximo según la escala de Wexner.

3) El número de pacientes geriátricos que consulta de forma específica por esta patología es limitado, por lo que debe constituir una parte importante de toda historia clínica para una perfecta evaluación del problema.

4) Las medidas terapéuticas recomendadas se limitan en todos los casos a recomendaciones higiénico-dietéticas. Consideramos necesaria una valoración metódica y ampliar las opciones de tratamiento, como pueden ser: Biofeedback, neuromodulación de raíces sacras y tratamiento quirúrgico, dentro del cuál no podemos obviar la realización de una colostomía que proporcione una mayor calidad de vida y evite las complicaciones subsidiarias a una incontinencia anal completa permanente.

-2-

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS.

Marta Vígara\*, Carlos Verdejo\*, Fernando Jiménez\*\*, Mario Ortega\*\*, Carlos Cerdán\*\*, Pedro Gil\*, Javier Cerdán\*\*

\* SERVICIO DE GERIATRÍA. \*\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El estreñimiento constituye un importante trastorno funcional que provoca, no sólo una alteración en la calidad de vida del individuo que lo sufre sino que puede llegar a requerir tratamiento quirúrgico, bien sea por tránsito lento o por defecación obstructiva.

**OBJETIVOS.** Estudio epidemiológico del estreñimiento y de todos los aspectos relacionados con esta alteración en pacientes geriátricos en una Unidad de Agudos.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Desde septiembre de 2010 a Abril de 2011 se realiza un estudio transversal de 80 pacientes ingresados en una Unidad de Agudos (55 M y 25 H), de edades comprendidas entre 70 y 103 años (edad media: 80.5), mediante la realización de una encuesta que contiene 140 ítems para valorar la situación funcional defecatoria. La encuesta se realiza mediante entrevista personal y exploración posterior por un mismo médico a todos los sujetos. Los aspectos más importantes analizados son: Situación funcional basal del sujeto, existencia de estreñimiento valorada según los criterios de Roma III, alteraciones del suelo pélvico recogidas durante la exploración, polimedicación, cirugías previas, maniobras para facilitar la defecación, número de pacientes que han consultado por este problema, estudios realizados y tratamientos recomendados.

### RESULTADOS

Se consideran estreñidos según criterios de Roma III 40 enfermos (50%), 28 mujeres (35%) y 12 varones (15%). 10 pacientes (25%) se encuentran institucionalizados, 28 (70 %) presentan deterioro cognitivo en diferentes estadíos, y presentan inmovilidad 13 (32.5%). 11 (27.4%) están en tratamiento con analgésicos opioides, y 36 (90%) se encuentran en tratamiento con laxantes. Se ha objetivado un rectocele en 18 (64.2% de las mujeres) y 14,(50%) refiere realizar compresión vaginal. 9 pacientes (23%) requieren extracción digital y 4 (10%) precisan compresión perineal en más del 25% de las deposiciones.

32 pacientes (80%) refieren haber consultado por este problema y solo a 8 (20%) se les han realizado estudios complementarios. A ninguno de ellos se les ha planteado tratamientos alternativos a los laxantes y enemas.

#### CONCLUSIONES:

- 1) El estreñimiento conlleva uno de los grandes síndromes geriátricos, generalmente no valorados en profundidad.
- 2) En nuestra Unidad de Agudos el 50% presenta estreñimiento valorado según los criterios de Roma III.
- 3) Llama la atención la escasa importancia concedida bajo el punto de vista diagnóstico y delimitación de la patología del suelo pélvico que puede contribuir, fundamentalmente en las mujeres, a desencadenar un estreñimiento por defecación obstructiva: 64.2% de nuestras mujeres presentaban un Rectocele.
- 4) Sorprende igualmente que como recomendaciones terapéuticas se han manejado exclusivamente la administración de laxantes y enemas, obviando otras alternativas, como son la realización de Biofeedback o incluso la corrección quirúrgica de la patología del suelo pélvico.

-3-

### EL SISTEMA CANNABINOIDE ENDÓGENO REGULA LA BARRERA INTESTINAL IN VIVO A TRAVÉS DE LA ACTIVACIÓN DEL RECEPTOR CB1

Ignacio Marín-Jiménez<sup>(1)</sup>, Silvia Zoppi<sup>(2,6)</sup>, José L.M. Madrigal<sup>(2,6)</sup>, Beatriz G. Pérez-Nievas<sup>(2,6)</sup>, Javier R. Caso<sup>(2,6)</sup>, Luis Alou<sup>(3)</sup>, Borja García-Bueno<sup>(2,6)</sup>, Arturo Colón<sup>(5)</sup>, Jorge Manzanares<sup>(4)</sup>, María L. Gómez-Lus<sup>(3)</sup>, Luis Menchén<sup>(1,7)</sup> y Juan C. Leza<sup>(2,6)</sup>

<sup>(1)</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO "GREGORIO MARAÑÓN", MADRID; DEPARTAMENTOS DE <sup>(2)</sup> FARMACOLOGÍA Y <sup>(3)</sup> MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, MADRID; <sup>(4)</sup> INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ-CSIC, ALICANTE, Y RED DE TRASTORNOS ADICTIVOS (RTA); <sup>(5)</sup> SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL I, Y <sup>(6)</sup> CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN RED DE SALUD MENTAL (CIBERSAM); <sup>(7)</sup> CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). ESPAÑA.

**ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.** Los efectos perjudiciales del estrés sobre el tracto gastrointestinal parecen estar mediados fundamentalmente por la inducción de la disfunción de la barrera intestinal y la subsiguiente inflamación mucosa. El receptor cannabinoide tipo 1 (CB1R) se expresa en el tracto digestivo de mamíferos en condiciones fisiológicas. El objetivo de este estudio es investigar el posible papel del CB1R en el mantenimiento de la homeostasis mucosa tras la exposición al estrés.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Ratones CB1R defectivos (CB1<sup>-/-</sup>) y sus equivalentes salvajes (WT) fueron expuestos a inmovilización asociada a estrés acústico durante dos horas al día durante 4 días consecutivos. Se evaluó la expresión de proteínas del colon de las formas inducibles de la óxido nítrico sintasa y ciclooxigenasa (NOS2 y COX2), la producción de IgA, la permeabilidad a <sup>51</sup>Cr-EDTA y la traslocación bacteriana a los ganglios linfáticos mesentéricos.

#### RESULTADOS.

La exposición al estrés indujo una mayor expresión de las enzimas proinflamatorias NOS2 y COX2 en la mucosa colónica de los ratones CB1<sup>-/-</sup> comparados con los salvajes. Estos cambios se relacionaron con un mayor grado de disfunción de la barrera intestinal colónica en los ratones CB1<sup>-/-</sup> determinado por: **1)** una secreción de IgA significativamente menor **2)** una mayor permeabilidad paracelular a <sup>51</sup>Cr-EDTA, y **3)** una mayor traslocación bacteriana, tanto en condiciones basales como tras la exposición al estrés por inmovilización. El antagonismo farmacológico del

CB1R con rimonabant reprodujo los datos proinflamatorios inducidos por estrés y los resultados de secreción de IgA.

#### CONCLUSIONES.

El receptor CB1 ejerce un papel protector en el colon in vivo a través de la regulación de la secreción intestinal de IgA y de la permeabilidad paracelular. La modulación farmacológica del sistema endocannabinoide en el tracto gastrointestinal podría ser útil terapéuticamente en condiciones en las que la inflamación intestinal y la disfunción de la barrera aparecen tras la exposición al estrés.

-4-

### ENTEROCELE COMO CAUSA DE DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Carlos Cerdán\*, Mario Ortega\*, Fernando Jiménez\*, Daniel Vázquez\*, Marta Vigará\*\* y Javier Cerdán\*.

\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. \*\* SERVICIO DE GERIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El enterocele es una herniación de asas de intestino delgado o sigma a través de un Douglas descendido. En su localización posterior puede ser el causante o contribuir de forma importante a desencadenar un Síndrome de Defecación Obstructiva. Su prevalencia exacta es desconocida. En mujeres con defecación obstructiva se ha hallado una frecuencia de un 19-40%, con una asociación significativa a intervenciones ginecológicas previas. Se analizaron los resultados obtenidos mediante tratamiento quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 32 pacientes, con edad media de 68 años (rango 58-80), diagnosticadas de enterocele entre Enero de 2000 y Diciembre de 2010 mediante anamnesis minuciosa, exploración física, Videodefecografía (VDG) y/o RMN. De forma individualizada se completaron estudios con manometría, ECO-Endorrectal, Enema Opaco y Tránsito intestinal. Se realizó en 29 casos reparación laparotómica mediante sutura de Moschowitz y malla endopélvica de PTFE según técnica de Gosselink asociado a esfinteroplastia, y/o reparación de rectocele según técnica de Lehur, y/o histerectomía, según necesidad en 7 pacientes) y en 3 casos se realizó colpo-crotopexia laparoscópica con malla de polipropileno.

Se realizan controles a los 3-6-12 y 24 meses; después, en función de la sintomatología. Se empleó el test de Pescatori para valoración del estreñimiento. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**RESULTADOS.** La exploración clínica y la VDG fueron diagnósticas en la mayoría de pacientes. La patología asociada fue rectocele 59.4%, sigmoidocele 12.5%, Cistocele 9.4%, colpo-histerocele 12.5%, incontinencia anal 28.1% e incontinencia urinaria 34.4%. Globalmente se obtuvieron buenos resultados en el 87.5% de casos. El test de Pescatori tuvo una reducción estadísticamente significativa de 11.22 (preoperatorio) a 5.88 (postoperatorio). No hubo mortalidad y las complicaciones fueron mínimas (3 infecciones de herida y 2 infecciones urinarias). No hubo reintervenciones y sólo un caso de recidiva.

#### CONCLUSIONES

La reparación quirúrgica del enterocele mediante sutura de Moschowitz del fondo de saco de Douglas y la colocación de malla de PTFE endopélvica según técnica de Gosselink ofrece muy buenos resultados, con un número mínimo de complicaciones y recidivas. Dada la alta incidencia de otras alteraciones del suelo pélvico, en cada caso se decidirá la conveniencia o no de reparación simultánea.

**-5-****INCONTINENCIA ANAL EN UNA POBLACIÓN LABORAL: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO.**

Carlos Cerdán\*, Marta Vígara\*\*, Mario Ortega\*, Gonzalo Sanz\*,  
Fernando Jiménez\*, Rocío Santos\*, Alina López\*  
y Javier Cerdán\*.

\*SERVICIO DE CIRUGÍA 2. \*\*SERVICIO DE GERIATRÍA.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La tendencia a ocultar la existencia de INCONTINENCIA ANAL por parte de quienes la sufren dificulta el conocimiento de su prevalencia. Los estudios dirigidos en este sentido sobre una población general son escasos y excepcionales dentro del ámbito laboral.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se realiza una encuesta anónima y auto-rellenable entre el personal de nuestro hospital, compuesta por 35 cuestiones sobre incontinencia anal y aspectos con ella relacionados. Destaca: edad, sexo, test de Wexner, intervenciones anales, historia obstétrica /ginecológica en las mujeres y coexistencia de incontinencia urinaria. El análisis estadístico descriptivo y analítico se ha realizado mediante el programa SPSS. Se han utilizado los descriptivos habituales y los test ANOVA para un factor y Chi<sup>2</sup>.

**RESULTADOS.** Se distribuyeron 746 encuestas, de las que fueron respondidas 300 (40,2%); 102 hombres (35,6%) y 198 mujeres (66,4%), de edades comprendidas entre 22 y 66 años (edad media 43,54 años). Para su valoración se dividieron en tres grupos: hasta 30 años, 65 (22%); de 31 a 60 años, 210 (70,9%); y mayores de 60 años, 21 (7,1%).

Refieren pérdida de gases y/o heces de forma desapercibida 73 (24,3%); 25 varones (24,5%) y 48 mujeres (24,2%) (diferencias NS).

El test de Wexner global es de 1,41 (1,29 para hombres y 1,43 para mujeres: diferencias NS). En el 8,1% se objetiva un Wexner entre 6 y 15, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.

La incontinencia urinaria simultánea es mayor en mujeres (p=0,001). Han consultado por su problema el 6,7%, sin diferencia entre hombres y mujeres. De los sujetos que han consultado han sido sometidos a estudio el 85%.

**CONCLUSIONES:**

- La incontinencia anal alcanza una prevalencia elevada en una población laboral.
- Su incidencia es semejante en mujeres y hombres.
- El porcentaje de sujetos que consultan por su problema es limitado, por lo que consideramos necesario insistir sobre este aspecto en toda historia clínica.

**-6-****ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTREÑIMIENTO EN UNA POBLACIÓN LABORAL.**

Carlos Cerdán\*, Marta Vígara\*\*, Mario Ortega\*,  
Fernando Jiménez\* y Javier Cerdán\*.

\*SERVICIO DE CIRUGÍA 2. \*\*SERVICIO DE GERIATRÍA.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El estreñimiento constituye una entidad que pueden afectar de manera trascendental la calidad de vida del sujeto que lo padece, además de originar un elevado coste a los diferentes Sistemas de Salud. Por distintos motivos su prevalencia real es desconocida, más aún en el seno de una población en edad laboral, sobre la que se podrían habilitar medidas para evitar o disminuir los problemas que acarrea.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza una encuesta anónima y auto-rellenable entre el personal de nuestro hospital, la cual está dividida en tres partes: una primera recoge aspectos sobre antecedentes personales y características de la defecación así como una auto-valoración sobre si el sujeto se considera o no estreñido, la segunda valora al sujeto como estreñido o no según los Criterios Roma III y la tercera parte se hacen 20 preguntas sobre hábitos higiénico-dietéticos considerados como influyentes en el desarrollo o mantenimiento del estreñimiento así como la necesidad de utilizar laxantes u otro tipo de maniobras para la defecación.

El tratamiento estadístico de datos se ha hecho con el software SPSS 15.0 utilizando los descriptivos habituales y los test ANOVA para un factor y Chi<sup>2</sup>.

**RESULTADOS.** Se distribuyen 910 encuestas de las que se responden de forma completa 415 (45,6%); 119 hombres (28,7%) y 296 mujeres (71,3%), de edades entre los 22 y 66 años (edad media 44,17 años).

Se "autoconsideran" estreñidos el 24,1%. Existe diferencia entre hombres (5%) y mujeres (31,8%) (p < 0,001).

Presentan dos o más de los criterios Roma III durante los últimos 3 meses y habiéndose iniciado al menos 6 meses antes el 26,5%. Existen diferencias significativas entre hombres (12,6%) y mujeres (21,1%). (p < 0,001).

La repercusión sobre la calidad de vida valorada de 1 a 10 por los sujetos que se consideran a sí mismos estreñidos es mínima (1,67 de media) sin diferencias por sexos ni por edades.

En cuanto a los condicionantes para desarrollar o mantener el estreñimiento han alcanzado valores significativos el posponer la defecación, horario irregular y no ser capaz de realizarlos fuera del domicilio. De igual modo un 49,2% de los sujetos consideran que el stress o tensión emocional tiene una repercusión negativa en su ritmo intestinal.

**CONCLUSIONES:**

- Aplicando los Criterios Roma III, el porcentaje de estreñimiento es alto, 26,5%.
- En nuestra encuesta se autoconsideran estreñidos un 24,1%.
- Resulta llamativo en nuestro estudio la falta de correlación con la ingesta de agua y fibra, actividad física y horario regular de comidas.
- Sí es sumamente significativo el horario irregular para la defecación, posponerla y no ser capaz de realizarla fuera del domicilio, sobre todo en mujeres.
- Dada su alta prevalencia en una población "normal", sugiere la necesidad de prestarle una adecuada atención para evitar los trastornos que conlleva, coste a nivel de consultas y estudios complementarios y elevado gasto por la toma de laxantes.

**-7-****TRASTORNO MOTOR ESOFÁGICO: ACHALASIA.**

Sancho del Val L, Fernández Orcajo P, Alcaide Suarez N, Lorenzo Pelayo S, Herranz Bachiller MT, Ruíz-Zorrilla López R, Vargas García AL, Peñar Herrero I, Caro Patón A.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO HORTEGA (HURH).

**INTRODUCCIÓN**

La achalasia es un trastorno motor del esófago caracterizado por ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico y disfunción del EEI, puede ser primaria o secundaria a otros procesos. El diagnóstico definitivo se establece por manometría, siendo criterios obligatorios la presencia de aperistalsis y relajación incompleta o inexistente del EEI y opcionales, presión de reposo normal o ele-

vada del EEI. El síntoma principal es la disfagia junto con dolor torácico y regurgitación.

**MÉTODOS.** Estudio retrospectivo durante el año 2010 en la Unidad de Motilidad del Servicio de Aparato Digestivo del HURH, de los pacientes diagnosticados de acalasia por manometría siendo el motivo de la petición disfagia.

**RESULTADOS.** Durante el año 2010, acuden a nuestro servicio 50 personas por petición de manometría con clínica de disfagia. Diagnosticados de acalasia 16 casos; 6 varones y 10 mujeres con una edad media de 47 años. En el 50% de los casos presentaban antecedentes personales, destacando patología neurológica (ACV, migraña, VPP), reumatológica (2 casos osteoporosis, fibromialgia) y FRCV (HTA, dislipemia). Sin antecedentes familiares de trastornos motores esofágicos. Todos estaban en tratamiento con IBP y procinéticos, sin mejoría de los síntomas. La clínica era disfagia para sólidos y líquidos de años de evolución junto con regurgitación e impactación en 6 casos, dolor torácico y pérdida de peso en 3 casos y pirosis en 2 casos.

La gastroscopia mostraba en 14 casos, dilatación del esófago con un cardias hipertónico. La manometría no se pudo realizar en 3 casos. La norma fue una presión del EEI elevada con relajaciones incompletas. En 4 casos, la presión del EEI fue normal con un comportamiento típico. En el cuerpo esofágico las ondas eran de muy baja amplitud, simultáneas y no propulsivas. En un caso, la presión del cuerpo esofágico era elevada.

El tratamiento en 11 casos, fue la dilatación endoscópica, con complicación de desgarro mucoso cardinal en un caso. En el seguimiento, los síntomas habían mejorado.

#### CONCLUSIONES

La acalasia ha representado el 32% de los casos de disfagia, con una incidencia superior a 1 caso/100.000 habitantes y año, con más frecuencia en las mujeres en la 5ª década de la vida. No parece existir relación con los antecedentes personales. La gastroscopia es la prueba puente con datos sugestivos de alteración motora y descartando patología orgánica. La manometría es la prueba diagnóstica. La dilatación esofágica es efectiva.

-8-

### OTRAS NEOPLASIAS EN PACIENTES AFECTOS DE ADENOCARCINOMAS RECTO-COLÓNICOS (ACR)

G. González-Redondo, M<sup>a</sup> L. Ruiz-Rebollo, L. Fernández-Salazar, A. Macho, B. Velayos, S. Gómez de la Cuesta, L. del Olmo, R. Aller, F de la Calle, T. Arranz y J.M. González.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID)

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes afectados de un adenocarcinoma colorrectal (ACR) tienen mayor riesgo de desarrollar otras neoplasias extracolónicas a lo largo de su vida. Ello es debido a que los tumores tienen alteraciones genéticas comunes y comparten una misma exposición ambiental. La incidencia es muy variable según las series y oscila entre 2-12%. Las localizaciones principales asociadas descritas son el tumor gástrico y, en mujeres, el mamario.

**OBJETIVOS.** Evaluar la incidencia y localización de otras neoplasias extracolónicas en nuestros pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudiamos los pacientes atendidos en nuestros Servicio (hospital terciario con una población atendida de unos 250.000 habitantes) diagnosticados de adenocarcinoma colorrectal durante 7 años (Marzo 04/10). En ellos, vimos la existencia

de otras neoplasias (pre o post diagnóstico de su ACR) y el tipo histológico.

**RESULTADOS.** Se valoraron 545 pacientes diagnosticados de "Tumor maligno colónico" de los que 18 fueron excluidos por no ser histológicamente adenocarcinomas. De los 527 restantes, 55 (10%) pacientes presentaban otro tumor maligno extracolónico (pre o post diagnóstico del ACR) Su edad media era de 71 años (rango 53-92), con predominio de varones (64%) frente a mujeres (36%). 8 pacientes presentaron además un tercer tumor colorrectal (4 de ellos sincrónico y otros 4 metacrónico). 1 paciente desarrolló dos segundas neoplasias (próstata y colangiocarcinoma) y otro paciente desarrolló neoplasias múltiples (timoma, renal, endometrial y ovárico) De estos 55 pacientes diagnosticados de otros tumores, en 5 de ellos el hallazgo fue sincrónico al diagnóstico del ARC. Los órganos afectados fueron: 9 (16,4%) próstata, 9 (16,4%) vejiga, 3 (5%) uroteliomas, 8 (15%) mama, 4 (7%) pulmón, 5 (9%) digestivos, 5 (9%) ORL, 4 (7%) hematológicos, 3 (5%) ginecológicos y el resto (9%) de diversos orígenes.

#### CONCLUSIONES

1.- En nuestra población, la incidencia de otras neoplasias en pacientes afectados de ACR es del 10%, en el límite alto de lo descrito en la literatura

2.- A diferencia de lo publicado, en nuestra serie el aparato, con diferencia, más afectado fue el genito urinario (cerca un 40% de tumores)

3.- Hay que prestar especial atención en pacientes afectados de ARC a la posibilidad de desarrollo de otro tumor, para hacer un diagnóstico y tratamiento precoces.

-9-

### TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS: SERIE DE CASOS:

Sancho del Val L, Fernández Orcajo P, Herranz Bachiller MT, Ruiz-Zorrilla López R, Peñas Herrero I, Vargas García AL, Lorenzo Pelayo S, Alcaide Suarez N, Caro-Patón A.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RÍO HORTEGA. VALLADOLID

**INTRODUCCIÓN.** Los trastornos motores esofágicos son alteraciones de la motilidad del cuerpo esofágico y/o de sus esfínteres. Se dividen en primarios (TMEP) y trastornos motores inespecíficos (TMEI). No suele existir una buena correlación entre la clínica, radiología y manometría. Las manifestaciones más frecuentes son la disfagia junto con el dolor retroesternal. Existen 2 clasificaciones que se centran en el tramo afectado (faringe y EES/ cuerpo esofágico y EEI). Los primeros suelen ser secundarios y los segundos se pueden dividir en primarios y secundarios. Los TMEI son trastornos motores del esófago cuyas características no permiten su inclusión en ninguno de los grupos anteriores. La técnica de elección para el diagnóstico es la manometría.

**MÉTODOS.** Estudio retrospectivo durante el año 2010 en la Unidad de Motilidad del Servicio de Aparato digestivo del HURH, de los pacientes diagnosticados de TME por manometría siendo el motivo de petición disfagia y/o dolor retroesternal.

**RESULTADOS.** Durante el año 2010, se realizaron 90 manometrías, de las cuales 50 el motivo de la petición fue disfagia y/o dolor retroesternal. Los diagnósticos: TMEI 28 casos (56%), acalasia 16 casos (32%), EED 3 casos (6%) e hipertonia del EEI 1 caso (2%). No realizada en 2 casos.

Edad media 47 años, 23 varones y 27 mujeres. 30 casos (60%) con antecedentes de interés: FRCV (HTA, dislipemia), digestivo

(esofagitis no erosiva, eosinofílica, necrotizante, gastritis crónica antral), neurológico (ACV, migraña, vértigo), cardiopatía isquémica, endocrino (hipotiroidismo, bocio multinodular), reumatológico (osteoporosis, psoriasis), oncológico (cáncer mama, melanoma, tumor medular) y pulmonar (bronquitis, asma). No hábitos tóxicos.

Analizamos los resultados manométricos de los casos catalogados de TMEI: presión normal del EEI 24 casos, presión disminuida en 2 casos y aumentada en 2 casos. Relajaciones incompletas en 11 casos. En 20 casos (71%) las ondas del cuerpo esofágico son de baja amplitud, simultáneas y afectan al tercio medio e inferior. Amplitud normal en 3 casos y elevada en 5 casos. Se realizó pHmetría en 16 casos: no reflujo en 5 y en el resto presentaron pH < 4 aumentado.

#### CONCLUSIONES.

La manifestación clínica más frecuente es la disfagia y el dolor retroesternal. La mayoría de los pacientes diagnosticados de TMEI presentan ondas peristálticas de baja amplitud y afectación de los dos tercios inferiores del esófago. No presentan hipotonía del EEI. En un 70% la pHmetría muestra episodios de reflujo, lo que justifica los síntomas atípicos de RGE que presentan la mayoría de estos pacientes.

-10-

### pH METRÍA CON CÁPSULA BRAVO, ¿UNA VENTAJA REAL? EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Martínez Fernández R, Pérez Sola A, Serrano Sánchez L, Gómez Ruiz CJ, Jimeno Ayllón C, Morillas Ariño J

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ (CUENCA)

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno que afecta en torno al 50 % de la población, con mayor prevalencia entre las mujeres. En su diagnóstico se utilizan dispositivos que miden el nivel de pH esofágico, con el objeto de demostrar que existe paso de ácido desde el estómago. En los últimos 6 años se ha desarrollado un nuevo dispositivo, la cápsula BRAVO, que se coloca directamente en el esófago bajo visión endoscópica, sin necesidad de introducir catéteres nasales, tan molestos para los pacientes.

**OBJETIVOS.** Describir nuestra experiencia con este dispositivo en los primeros 4 pacientes en los que lo hemos utilizado.

**PACIENTES.** Los 4 pacientes presentan síntomas de reflujo de larga evolución sin clara respuesta clínica a IBP's a dosis doble. Tras el estudio todos ellos se encuentran conformes con el procedimiento y destacan su comodidad.

En la siguiente tabla se resumen las principales características de los pacientes y su experiencia con la cápsula BRAVO.

#### CONCLUSIONES

1.- Todos los registros superan las 48 horas, por tanto multiplican por 2, 3 o incluso por 4 el tiempo de registro de la pH-metría convencional.

2.- Al aumentar el tiempo de registro nos permite realizar ensayos terapéuticos con IBP y medir de una forma objetiva su influencia en el pH, cosa que no podíamos hacer con los dispositivos hasta ahora disponibles.

3.- Ningún paciente ha presentado complicaciones y todos destacan su comodidad, lo cual supone una gran ventaja respecto a la pH-metría convencional.

-11-

### EXTIRPACIÓN PERANAL DEL ADENOMA VELLOSO RECTAL: ESTUDIO DE NUESTRA EXPERIENCIA

Inmaculada Domínguez, Carlos Cerdán, Rocío Santos,  
Gonzalo Sanz, Mario Ortega, Javier Cerdán

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

**INTRODUCCIÓN.** El adenoma vellosos rectal es una entidad de gran interés para el cirujano debido a su elevado potencial de malignización así como por su probabilidad de recidiva tras la resección si ésta no se realiza de manera completa, lo que condiciona, en ocasiones, intervenciones radicales. Consideramos que la extirpación peranal constituye una opción efectiva que evita la morbilidad que conllevan dichas intervenciones.

**OBJETIVO.** El objetivo de nuestro trabajo es analizar una serie de pacientes sometidos a resección peranal de adenoma vellosos rectal entre los años 2000 y 2010 en nuestra Unidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Analizamos en total 42 pacientes, 27 mujeres y 15 hombres. La edad media fue de 71 años. Todos los pacientes presentaban colonoscopia preoperatoria con biopsia. El estudio anatomopatológico mostró 12 (28,6%) displasias leves; 16 (39,3%) displasias moderadas; 6 (14,3%) displasias severas y 8 (17,9%) adenomas vellosos sin displasia. En 26 pacientes (61,9%) el adenoma ocupaba hasta 1/3 de la circunferencia rectal, en 13 (30,9%) ocupaba hasta 2/3 y en 3 pacientes (7,2%) la afectación era circunferencial. El 70,3% tenían realizada ecoendoscopia preoperatoria, demostrando la naturaleza no infiltrante del adenoma en el 95,2% de los casos así como sospecha de infiltración de la submucosa en el resto (2 pacientes).

Todos ellos se intervinieron con anestesia locorregional, realizándose resección submucosa peranal excepto en tres pacientes, en los que se realizó resección de pared total. En los tres pacientes con afectación circunferencial se realizó extirpación submucosa de todo el manguito rectal hasta superar la lesión y posterior anastomosis mucomucosa circunferencial.

#### RESULTADOS.

El seguimiento medio es de 54,5 meses (6-120). La distancia media del adenoma al margen anal fueron 5,8cm con un máximo de 12cm y un mínimo de 1cm. El estudio anatomopatológico definitivo indicaba que en 4 casos (9,5%) el adenoma presentaba displasia leve, en 20 (47,6%), displasia moderada, en 11 (26,6%), displasia severa, en 5 (11,9%) carcinoma in situ y en 2 casos no presentaba displasia. Diez de los pacientes intervenidos correspondían a recidivas; 9 de resección endoscópica y 1 de resección peranal previa. 4 pacientes sufrieron complicaciones: Dos de ellos sangraron, y los otros dos sufrieron I.T.U o neumonía. El sangrado se resolvió endoscópicamente en uno de ellos y en el otro cesó espontáneamente. La estancia mediana fueron 7,5 días. Recidivaron 6 pacientes, que se reintervinieron peranalmente extirpándose pólipos menores de 3cm en todos los casos. En el 40% de los casos, se extirparon endoscópicamente pólipos rectales milimétricos durante el seguimiento.

#### CONCLUSIONES.

La extirpación peranal del adenoma vellosos es una opción terapéutica de baja morbilidad.

Incluso en los pólipos de gran tamaño se puede realizar la extirpación total, evitándose la morbilidad de la cirugía radical.

En función del estudio anatomopatológico definitivo se optará por ampliar la resección o realizar otras posibilidades terapéuticas.

**-12-**

### PROCESOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA CONSULTADOS POR LOS FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SESIONES CLÍNICAS Y CONSULTAS COMPARTIDAS

Mata Román L\*, Almaraz A\*\*, Otero A\*\*\*, Jiménez Rodríguez-Vila M\*\*\*, García Pascual A\*\*\*, Laso L\*\*\*, Pradera J\*\*\*, Catón M\*\*\*, Villuela F\*\*\*, Briso-Montiano R\*\*\*, Caro-Patón A\*\*\*\*.

\*APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL MEDINA DEL CAMPO.  
\*\*DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.  
FACULTAD DE MEDICINA. VALLADOLID. \*\*\*ATENCIÓN PRIMARIA.  
CENTROS DE SALUD GAMAZO Y TORDESILLAS (VALLADOLID).  
\*\*\*\*SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** Se han descrito en la literatura varios tipos de intervención de consultores a nivel de Atención Primaria con la finalidad fundamental de mejorar la relación y coordinación entre ambos niveles asistenciales, y especialmente de mejorar la cantidad y calidad o pertinencia de las derivaciones de pacientes. Nuestro objetivo es observar los porcentajes de los procesos consultados en los centros de Atención Primaria intervenidos.

**MÉTODOS.** Nuestra intervención ha consistido en organizar con una periodicidad mensual aproximadamente consultas de pacientes con procesos de la especialidad que son atendidos conjuntamente con su correspondiente médico de familia (aproximadamente 6 a 8 pacientes por cada reunión), seguido de una sesión clínica en la que se comentan otros casos, así como temas de interés práctico, protocolos de derivación, etc. Dicha intervención comprende desde Noviembre de 2004 a Junio de 2008.

**RESULTADOS.** Durante este tiempo se han atendido a 112 pacientes en el centro de salud urbano y a 124 en el centro rural. En el centro urbano, el 26,8% correspondían a enfermedades del tracto digestivo superior (predominantemente dispepsia y ERGE), con igual porcentaje para el tracto digestivo inferior (fundamentalmente diarrea y cribado de cáncer colorrectal) y enfermedades hepáticas (principalmente hipertransaminasemia crónica e interpretación de serología de hepatitis). Las enfermedades de páncreas y vía biliar correspondieron a un 4,5%, y otros procesos (el más frecuente el estudio de anemia de origen digestivo) supuso un 15,2%. Los porcentajes en el centro rural fueron respectivamente de 33,1%, 39,5%, 17,5%, 2,4% y 7,3%. Hubo diferencia significativa en cuanto a porcentaje de diagnósticos entre ambos centros ( $p=0.04$ ). En cuanto a los pacientes comentados en sesiones clínicas (278 en el centro urbano y 155 en el rural) no hubo diferencias significativas en cuanto a la distribución de diagnósticos, si bien predominó el de enfermedades del tracto superior en el centro urbano. Considerando conjuntamente las consultas y las sesiones, predominó el interés por la patología del tracto digestivo inferior en el centro rural, aunque no hubo significación estadística en cuanto a la distribución de los procesos entre ambos centros.

#### CONCLUSIONES

Los procesos más frecuentemente consultados han sido: dispepsia y ERGE en ambos centros, diarrea y cribado del cáncer colorrectal (que incluye indicaciones de colonoscopia y control de pólipos), con mayor frecuencia en el centro rural y procesos relacionados con patología hepática con mayor frecuencia en el centro urbano. Esto nos lleva a insistir a los consultores de Gastroenterología y Hepatología fundamentalmente en dichos procesos a nivel de Atención Primaria, con vistas a una mejor atención coordinada de los pacientes.

**-13-**

### VÓLVULO DE SIGMA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS.

María Montealegre, José M<sup>a</sup> Moreno, Mabel Vargás, David F. García, Mercedes Garrido, Karima Villena, Ponciano Martínez, Mar Blasco, Juan Mayor, Ricardo Pérez.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

**INTRODUCCIÓN.** El vólvulo de colon es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en nuestro medio, siendo el más habitual el vólvulo de sigma. El tratamiento endoscópico inicial es eficaz pero la tasa de recidiva sin cirugía es elevada.

**OBJETIVO.** Describir las características basales de los pacientes diagnosticados de vólvulo de sigma, el tratamiento aplicado y la mortalidad relacionada directamente con el vólvulo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo de serie de casos de vólvulo de sigma (VS) diagnosticados entre 1/1/2008 y 31/5/2011, mediante revisión de historia clínica. Las variables a estudio son: edad al diagnóstico, sexo, antecedentes personales (diabetes, cardio/neuropatía, clínica gastrointestinal previa, patología neurológica, situación funcional basal, institucionalización), clínica y exploración física, diagnóstico, tratamiento urgente, número de recidivas, tratamiento de la recidiva, cirugía electiva y exitus relacionado con el VS. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS v 15.

**RESULTADOS.** Se incluyeron un total de 35 pacientes con 52 episodios de VS. El 62,9% son varones (22p) con mediana de 80 años (rango 20-94). Entre los antecedentes destaca la presencia de diabetes en el 25,7% (9p), cardiopatía en 40% (14p), EPOC en 28,6% (10p), clínica gastrointestinal previa en el 28,6% (10p) sobre todo el diagnóstico previo de megacolon/dolicocolon. El 37,1% (13p) tenían intervención quirúrgica previa, siendo más frecuente la ortopédica y la herniorrafia. El 60% (21p) presentaba déficit neurológico, con predominio de demencia asociada a enfermedad cerebrovascular, demencia degenerativa frontotemporal y dificultades de deambulación. El 45,7% (16p) estaban institucionalizados. La situación funcional basal se distribuye así: 34,3% (12p) independientes funcionalmente, 34,3% (12p) parcialmente dependientes y 31,4% (11p) son completamente dependientes.

La clínica al diagnóstico fue de oclusión intestinal (distensión abdominal, vómitos y estreñimiento) en el 85,6% (30p), en 1 caso diarrea y en 4 abdomen agudo (11,4%). En la exploración destacaba distensión y dolor abdominal en el 34,3% (12p), dolor aislado en 28,6% (10p), distensión aislada en 34,3% (12p). La radiografía simple de abdomen con la imagen típica en "grano de café" fue diagnóstica en el 71,4% (25p) siendo necesaria TC en el 28,6% (10p).

El tratamiento urgente fue endoscópico en el 94,2% (33p) con colonoscopia +/- sonda de descompresión. El 54,3% (19p) recidivó, siendo el tratamiento nuevamente la colonoscopia (37,1%, 13p). El tratamiento quirúrgico se realizó en total en 37,1% (13p), bien urgente o electivo. La técnica más utilizada fue la sigmoidectomía con anastomosis primaria.

11 pacientes fallecieron (31,4%), estando directamente relacionada con el vólvulo en 6 pacientes (sepsis, postoperatorio...).

#### CONCLUSIONES

- En nuestra serie, el VS fue más frecuente en varones de edad avanzada y con déficit neurológico asociado.
- La radiografía de abdomen fue diagnóstica en 2/3 de los pacientes.
- El tratamiento fue eminentemente conservador (endoscópico) dada la comorbilidad de los pacientes.

**-14-**

### AGREGACIÓN FAMILIAR EN EL CÁNCER COLORRECTAL Y ESÓFAGO-GÁSTRICO EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN.

Álvarez B.<sup>1</sup>, Pisabarrros C.<sup>1</sup>, Vaquero L.<sup>1</sup>, García M.<sup>1</sup>, Del Pozo E.<sup>1</sup>,  
Riera R.<sup>2</sup>, Martín V.<sup>3</sup>, Vivas S.<sup>1</sup>, Jorquera F.<sup>1</sup>, Olcoz J.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. CAULE. <sup>2</sup>SERVICIO MEDICINA INTERNA.  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. LEÓN. <sup>3</sup>ESCUELA UNIVERSITARIA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más prevalentes en nuestro medio. La hipótesis de que existe cierto componente de agregación familiar se sostiene si analizamos las pautas para el cribado vigentes. Por el contrario, pocos son los estudios desarrollados en nuestro país a este respecto. La evidencia de agregación familiar en el cáncer gástrico es menor que en el CCR.

**OBJETIVO.** Estimar la frecuencia de tumores en familiares de pacientes diagnosticados de neoplasias colorrectales o esófago-gástricas así como establecer una comparativa frente a la frecuencia en familiares de un grupo control. Comprobar diferencias en cuanto a mortalidad y edad de diagnóstico frente a una población control.

**PACIENTES Y MÉTODO.** Se registraron todos los pacientes diagnosticados de CCR y tumores esófago-gástricos desde mayo de 2009 hasta Febrero de 2011 en el Hospital de León. Se estableció un grupo control de forma aleatoria. Se analizaron los antecedentes de neoplasias en sus familiares, la edad al diagnóstico y su mortalidad comparándose estos resultados entre los diferentes grupos.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 917 familiares, de los cuales presentaron neoplasia documentada 328 sujetos. La edad media al diagnóstico del tumor fue de  $62.41 \pm 16.82$  (DE) años. La incidencia de CCR en familiares de pacientes con cáncer de colon fue del 10.8% frente al 7.4% del grupo control ( $p = 0.045$ ). La incidencia de cáncer esófago-gástrico en familiares de pacientes con este mismo tipo de cáncer fue del 11.5% frente al 5% del grupo control ( $p = 0.006$ ). La mortalidad para el grupo de familiares de CCR fue del 82.1% frente al 71.3% del grupo control ( $p = 0.02$ ). Para el grupo de familiares de pacientes con tumores esófago-gástricos documentados la mortalidad fue del 73.8% vs 71.3% ( $p = 0.561$ ).

No obtuvimos diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad al diagnóstico del tumor en familiares.

#### CONCLUSIONES

El CCR y las neoplasias esófago-gástricas se presentan con mayor frecuencia en familiares de pacientes que tuvieron los mismos tumores y sugiere un componente de agregación familiar.

Los familiares de pacientes diagnosticados de CCR presentaron mayor mortalidad que los familiares de los controles.

**-15-**

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE LOS PERINEUROMAS COLÓNICOS

Álvarez B.<sup>1</sup>, Pisabarrros C.<sup>1</sup>, Vaquero L.<sup>1</sup>, García M.<sup>1</sup>, Miguel A.<sup>1</sup>,  
Riera R.<sup>3</sup>, Álvarez C.<sup>2</sup>, Linares P.<sup>1</sup>, Díez R.<sup>1</sup>, Olcoz J.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. CAULE. <sup>2</sup>SERVICIO ANATOMÍA  
PATOLÓGICA. CAULE. <sup>3</sup>SERVICIO MEDICINA INTERNA.  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** Las lesiones polipoides benignas no epiteliales de la mucosa del tracto gastrointestinal son poco frecuentes.

Recientemente se ha descrito un grupo de pequeños pólipos compuestos por células mucosas fusiformes denominados "perineuromas mucosos" con características propias desde el punto de vista ultraestructural e inmunohistoquímico.

Nuestro objetivo fue analizar los casos de perineuromas diagnosticados recientemente, desde el punto de vista clínico y anatomopatológico.

**PACIENTES Y MÉTODO.** En este estudio analizamos los casos diagnosticados en endoscopias de rutina realizadas en nuestro centro desde Diciembre de 2009 a Julio de 2011 y codificadas en la base de datos de nuestro servicio bajo el epígrafe "perineuroma".

Las muestras fueron procesadas por el servicio de Anatomía Patológica realizando estudio histológico e inmunohistoquímico.

#### RESULTADOS

- **Clínicos:** El grupo de estudio comprende un total de 9 lesiones halladas en 9 pacientes con edades comprendidas entre los 45 y los 84 años (media de 62 años), dentro de los cuales 4 eran varones y 5 mujeres con edades medias de 59.5 y 64 años respectivamente. En cuanto al tamaño, todos los pólipos fueron menores de un centímetro con una media de  $4 \text{ mm} \pm 1.33 \text{ mm}$ . Las lesiones se detectaron en recto ( $n=2$ ), sigma ( $n=1$ ), colon descendente ( $n=1$ ), transversal ( $n=2$ ), ascendente ( $n=2$ ) y ciego ( $n=1$ ).

- **Anatomopatológicos:** Todos los perineuromas tuvieron una localización intramucosa.

Atendiendo a la inmunohistoquímica, el total de los perineuromas fueron positivos para Claudin-1, un 77.77% expresaron EMA y GLUT-1. No se mostró positividad para desmina, CD-34 ni actina específica de músculo liso en ninguna de las piezas de anatomía extirpadas. En un caso se observó positividad para la proteína S-100.

**DISCUSIÓN.** Los perineuromas son tumores benignos de la vaina del nervio periférico con variantes en tejido blando, intraneurales y esclerosantes. Los perineuromas colónicos se han observado más frecuentemente en mujeres de edad media, a nivel de la unión recto-sigma. Los que se localizan a nivel intramucoso son benignos y no parecen mostrar capacidad de recurrencia.

Inmunohistológicamente la actividad de EMA se acepta como evidencia de diferenciación perineural. La Claudin-1 es una proteína de la familia de las proteínas integrales transmembrana con un papel estructural y funcional en las uniones estrechas. GLUT-1 es miembro de una familia de proteínas humanas transportadoras de glucosa. Ambos se consideran marcadores altamente sensibles y relativamente específicos del perineuro.

#### CONCLUSIONES

Los perineuromas pueden aparecer en cualquier tramo de la mucosa colónica, principalmente como lesiones intramucosas polipoides, asintomáticas y de pequeño tamaño. Distinguir los perineuromas de otras neoplasias de células fusiformes del tracto gastrointestinal puede ser facilitado mediante la tinción para EMA, GLUT-1 y Claudin-1.

**-16-**

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE CARCINOMA COLO-RECTAL DIAGNOSTICADOS EN LA PROVINCIA DE LEÓN EN UN AÑO.

García M, Vaquero L, Álvarez B, Pisabarrros C, del Pozo E,  
Miguel A, Díez R, Vivas S, Olcoz JL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**ANTECEDENTES.** El carcinoma colorrectal (CCR) constituye el tercer cáncer más incidente a nivel mundial en hombres (tras pul-

món y próstata) y el segundo en mujeres (tras mama). Las tasas de incidencia más altas se encuentran en Oceanía y EEUU y las más bajas en Asia, África y Sudamérica. El CCR es uno de los tumores más prevalentes en los países occidentales y en España es el segundo más frecuente de todos los tipos de tumores malignos, estando precedida únicamente por el cáncer de pulmón en varones y por el de mama en la mujer. La incidencia se estima en unos 25.000 casos diagnosticados por año, con una mortalidad alrededor del 50%

**OBJETIVO.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de CCR durante el año 2008 en la provincia de León.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se analizaron de manera retrospectiva todos los pacientes diagnosticados de CCR en el Hospital de León desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2008. Las variables que se analizaron fueron las siguientes: edad, sexo, localización del tumor, motivo de petición de la colonoscopia e historia de otros tumores primarios.

**RESULTADOS.** Según el Registro de Tumores del Hospital de León, de los 2988 casos nuevos de tumores que se diagnosticaron en 2008, 364 se localizaban en colon-recto lo que supone un 12.18% del total. Se analizaron 354 pacientes. El 41.8% de los casos fueron mujeres y el 58.2% hombres. La edad media al diagnóstico fue 74.71 años (SD 11.53). Las localizaciones más habituales fueron recto (29.38%), sigma (24.01%), colon ascendente (11.58%) y ciego (9.89%). La clínica que presentaban los pacientes fue rectorragia (23.4%), anemia (20.1%), alteración del ritmo intestinal (10.6%) y estreñimiento (7.7%). Sólo el 2.2% de los pacientes fueron diagnosticados dentro de un programa de cribado de CCR. El 18.93% presentaba historia de tumores previos siendo el más frecuente el de mama. La edad al diagnóstico de los casos localizados en rectosigma (74.34 años) fue inferior a la edad de otras localizaciones (75.82 años); mientras que la edad de los casos de colon derecho fue ligeramente superior (75.47 vs 74.70). El 52.3% de los tumores localizados en colon izquierdo no provocaban síntomas típicos (rectorragia, alteración del TI o estreñimiento) y el 52.2% de los tumores en colon derecho tampoco lo hacían de esa localización (anemia, dolor o masa abdominal)

**CONCLUSIONES.** La edad al diagnóstico de los casos localizados en rectosigma fue inferior a la de otras localizaciones y superior en los de colon derecho. Independientemente de su localización, la mitad de los casos no presentan síntomas típicos (de alarma) al diagnóstico.

-17-

### INFLUENCIA DEL SOBREPESO SOBRE LA RESPUESTA pH MÉTRICA A IBP EN PACIENTES CON ERGE REFRACTARIO

*Fermín Estremera Arévalo*

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**OBJETIVO:** evaluar si la respuesta pH métrica a IBP en pacientes con fracaso del tratamiento es diferente según tengan sobrepeso o no.

**MÉTODOS:** identificamos aquellos pacientes a los que se había realizado una pH métrica con tratamiento con IBP indicada por ERGE refractaria y que disponían de pH métrica previa sin tratamiento en el año previo y disponían de información respecto a peso y altura. Evaluamos la exposición esofágica al ácido (EEA) (% tiempo pH<4; 5 cm proximal al EEI) con-sin tratamiento con IBP, clasificando la muestra según tuvieran sobrepeso (IMC >= 25

kg/m<sup>2</sup>). Los resultados se expresan como mediana (RIC) y las comparaciones se realizaron mediante test no paramétricos.

**RESULTADOS:** se identificaron 29 pacientes que cumplían los criterios (edad: 48 +- 30; 48,3% mujeres; 58,6% sobrepeso). Los resultados pH métricos como grupo se recogen en la tabla. No se observaron diferencias en la EEA total sin tratamiento entre los pacientes con sobrepeso y sin sobrepeso (p= 0,18). El tratamiento con IBP produjo un cambio significativo de la EEA total en pacientes con sobrepeso ( $\epsilon=-9,14$  [IC 95%: -4,08, -14,19]; p=0,003; test de Wilcoxon, datos apareados), pero no entre pacientes sin sobrepeso ( $\epsilon=-0,79$  [IC 95%: - 8,62, +7,03]; p=0,47).

**CONCLUSIONES:** nuestros resultados sugieren que las causas de fracaso del tratamiento con IBP son diferentes en pacientes con sobrepeso y sin sobrepeso.

-18-

### GANANCIA DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA-pH METRÍA VS pH METRÍA MÚLTIPLE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Valentín Roales Gómez, Sergio Casabona Francés, Julio Pérez de la Serna Bueno, Natalia López Palacios, María Concepción Sevilla Mantilla, Antonio Ruiz de León San Juan.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** Para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) la pH métrica de 24 horas ha sido considerada el patrón oro. Sin embargo, solo aprecia el reflujo ácido. La Impedancia-pH métrica esofágica se ha introducido recientemente para la monitorización del reflujo gastroesofágico y permite identificar los episodios de reflujo en relación con su pH (ácidos, débilmente ácido no-ácidos) y su composición (líquidos, gas o mixto). No obstante, aunque se ha comunicado una mejora diagnóstica en un aproximadamente un tercio de los pacientes sobre la pH métrica sola, fundamentalmente en pacientes con síntomas atípicos o con tratamiento antisecreto, no se ha establecido su rendimiento cuando se compara directamente con pH métrica múltiple simultánea convencional.

**OBJETIVO.** Valorar cuál es la ventaja diagnóstica de la Impedancia-pH métrica sobre la pH métrica múltiple convencional en la práctica clínica.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian de retrospectivamente los registros de impedancia-pH métrica realizados simultáneamente con pH métrica múltiple entre enero'2009 y julio'2011. Se analizan los registros de 58 pacientes (40 M, edad media 54.9 DS 14.6) a los que se practicó una impedancimetría-pH como parte del estudio de ERGE con síntomas atípicos o refractaria al tratamiento. A todos los pacientes se realizó Impedancia-pH métrica de 24 horas (Accuview, Sierra Scientific) con electrodo de pH métrica ISFET 5 cm por encima del borde superior del EEI, medido previamente con manometría esofágica, y 6 canales de Impedancia. Simultáneamente se colocó una sonda de pH métrica múltiple (Synectics) atada junto a la anterior, coincidiendo el electrodo del esófago distal al mismo nivel. En 20 pacientes se realizó pH métrica esófago-gástrica, en 6 pacientes de 4 canales esofágicos a 5 cm cada uno, a 9 doble-esofágica a 15 cm, y en 9 un solo canal esofágico.

#### RESULTADOS

Se desestimaron 4 registros por artefactos o datos incompletos quedando el grupo constituido por 54 pacientes (31 M, edad media 54.6 DS 14.4).



De los 21 estudios con pHmetría patológica, la Impedancia-pH resultó patológica solo en 7 (30.4%). Y de los 33 estudios con pHmetría normal, la Impedancia-pH fue capaz de demostrar reflujo No-ácido patológico en 13 pacientes (39.39%).

De los 22 estudios con tratamiento con IBPs la pHmetría resultó patológica en 7 (31.8%) y la Impedancia-pH en 12 (54.5%), en 3 (42.8%) con pH patológica, y en 9 (60%) con pHmetría normal, fundamentalmente por la presencia de episodios hipoácidos.

De los 32 estudios realizados sin tratamiento la pHmetría resultó patológica en 14 (43.7%) y la Impedancia-pH en 11 (34.3%), en 4 (28.5%) con pH patológica y en 7 (38.8%) con pHmetría normal.

Presentaron sintomatología clínica durante el registro 26 pacientes (48.1%), con un Índice de Probabilidad de Asociación Sintomática positivo en 14 (53.8%) de éstos.

#### CONCLUSIONES

En nuestra práctica clínica la presencia de los síntomas habituales del paciente durante los estudios de Impedancia-pH puede considerarse baja (< 50%) con una probabilidad de asociación sintomática positiva en aproximadamente la mitad de ellos.

La Impedancia-pHmetría resulta útil para el diagnóstico de la ERGE, con una mejora sobre la pHmetría convencional superior a un tercio de los casos, fundamentalmente en los pacientes con tratamiento antisecretor.

-19-

### DEFECTOS DE LA INTEGRIDAD PERISTÁLTICA Y TRÁNSITO ESOFÁGICO CON MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN-IMPEDANCIA.

Ruiz de León A, Pérez de la Serna J, Sevilla Mantilla MC, Barceló López M, Esparza Rivera V, Roales Gómez V, Casabona Francés S.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

La manometría esofágica valora la eficacia de la motilidad esofágica en la propulsión del contenido esofágico. La Manometría de Alta Resolución con Impedancimetría (MAR-Z) permite una valoración completa de la integridad peristáltica y su relación con el tránsito esofágico. Estudios recientes sugieren que el tránsito completo (TC) requiere mantener íntegra la progresión de la secuencia peristáltica con un contorno isobárico de 20 mm.Hg (CI-20), y que las roturas del mismo a partir de un nivel crítico conllevarían un tránsito incompleto (TI).

**OBJETIVO.** Valorar mediante MAR-Z la peristalsis esofágica y la relación de la rotura del CI-20 y 30 mm.Hg (CI-30) con el TC o TI en pacientes con distintas patologías esofágicas.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se estudiaron los registros de MAR-Z de 65 pacientes remitidos para estudio funcional. Se incluyeron los registros con > 20% de degluciones con una o más roturas del CI-20. Se excluyeron pacientes con trastornos motores esofágicos graves. En todos los pacientes se realizó MAR-Z con sonda de 36 microtransductores de presión y 18 canales de impedancia. Los estudios se llevaron a cabo en ayunas y en sedestación, con 10 degluciones de 5 cc de suero salino con un equipo MANOSCAN (Sierra Scientific).

**RESULTADOS:** 10 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y se analizaron 100 degluciones. Se apreció TI en el 67% de las mismas. Se apreciaron roturas CI-20 en el 78.8 % de las 33 degluciones con TC y en el 94% de las 67 con TI. La media de la longitud total de la rotura del CI-20 fue de 9,9 cm en TI y de 3,3 cm en TC ( $p < 0,05$ ). Considerando como punto de corte una rotura > 5

cm solo 7 de las 33 degluciones con TC (21,2%) cumplían este requisito vs 48 de las 67 (71,6%) de las que tenían TI.

El CI-30 mostró roturas en 32 de las 33 degluciones con TC y en 66 de las 67 con TI ( $p = ns$ ). La media de la longitud total de la rotura del CI-30 fue de 12,7 cm en TI y de 5,1 cm en TC ( $p < 0,05$ ). Considerando como punto de corte una rotura > 5 cm, 15 de las 33 degluciones TC (45,45%) cumplían este requisito frente a 56 de las 67 (83,58%) con TI.

Se apreció fragmentación del CI-20 en 3 o más segmentos (rotura múltiple) en 3 (9.1%) de las 33 degluciones con TC ( $2 < 1$  cm), y en 14 (20.9%) de las 67 degluciones con TI (ninguna < 1 cm).

Se apreció fragmentación del CI-30 en 4 (12.12%) de las 33 degluciones con TC ( $2 < 1$  cm) y en 21 (31.34%) de las 67 con TI (ninguna < 1 cm).

#### CONCLUSIÓN

El empleo del CI-20 se muestra más útil que el CI-3 para la valoración del tránsito esofágico. La presencia de roturas del CI-20 superiores a 5 cm y la fragmentación múltiple se pueden considerar como factores predictivos de tránsito incompleto.

-20-

### ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE LAS COLONOSCOPIAS EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE ACCESO LIBRE DEL HOSPITAL SAN PEDRO.

Hernández Alsina T, Moyano Matute MT, Hernández González V, Martínez Garabitos E, Sacristán Terroba B, Elena Ibáñez AF\*, Pascual Irigoyen A, Carreño Macián R, Pérez Pérez E, Fernández Rosaenz H, Revuelta Martínez S, Yangüela Terroba J.

HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO. LA RIOJA.

**INTRODUCCIÓN.** La demanda de la endoscopia digestiva está en aumento, lo que conlleva un importante aumento de los costes y de las listas de espera. La adecuación de las indicaciones es esencial para un uso racional de un recurso finito en un sistema de acceso libre.

**OBJETIVOS.** Evaluar las indicaciones y la adecuación de las colonoscopias de acuerdo con los nuevos criterios del European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy II (EPAGEII) y evaluar su correlación con el diagnóstico.

**MÉTODOS.** Durante el mes de Mayo de 2010, de forma consecutiva los pacientes referidos a nuestra Unidad de Endoscopia de acceso libre procedentes de distintos servicios hospitalarios como extra hospitalarios para la realización de una colonoscopia se incluyeron en este estudio prospectivo hasta completar el número de pacientes necesarios calculados para conseguir un intervalo de confianza al 95%  $\pm$  5% para una proporción esperada de endoscopias inadecuadas del 20%, en total 312. La adecuación de cada colonoscopia se estableció de acuerdo con los nuevos criterios del EPAGEII en adecuada, inadecuada y no valorable. Para evaluar si la adecuación de las indicaciones esta asociada con el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia se registraron los hallazgos relevantes de las exploraciones.

**RESULTADOS.** En total se evaluaron 312 pacientes excluyendo las indicaciones electivas. El 9% se consideró no valorable por falta de datos o porque la indicación no figuraba en el EPAGEII. El 20,2% de las colonoscopias fueron inadecuadas sin diferencias significativas según el origen de la petición (hospitalaria o atención primaria). La indicación más frecuente fue la rectorragia y la más inadecuada el control postpolipectomía. En el 34,9% de las exploraciones encontramos lesiones relevantes (cáncer colorrectal (CCR), adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal, angiodis-

plasias y estenosis no maligna) siendo mayores en las exploraciones consideradas adecuadas. Se comparó el diagnóstico de CCR con su adecuación y con las indicaciones de rectorragia, cribado de CCR y anemia ( $p < 0,001$ ).

#### CONCLUSIONES

El diagnóstico de CCR presenta asociación con las colonoscopias con una indicación adecuada. En las colonoscopias indicadas por rectorragia, cribado de CCR y anemia ferropénica existe una mayor probabilidad de diagnóstico de CCR.

-21-

### PAPEL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

María José Casanova González, Pablo Miranda García, Tomás Alvarez Male, Jorge Mendoza

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVO.** La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) supone el 5% de todas las hemorragias digestivas. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las indicaciones de la cápsula endoscópica (CE), el rendimiento diagnóstico y la influencia de la anticoagulación-antiagregación en las causas de HDOO detectadas en la CE.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes consecutivos a quienes se les realizó CE durante el periodo comprendido desde enero 2008 hasta diciembre 2010.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 73 pacientes (edad media 62 años, 56% mujeres). La indicación más frecuente de CE fue HDOO (80%) seguida de enfermedad inflamatoria intestinal (8%), dolor abdominal (5%) y diarrea (5%). En los 58 pacientes que presentaron HDOO se obtuvo el diagnóstico con CE en 36 de los casos (62%). El diagnóstico más frecuente obtenido fue angiodisplasias de intestino delgado (ID) en 47%. La localización más frecuente de las lesiones fue el ID (70%). El 32% de los pacientes estaba antiagregado con un fármaco, 14% anticoagulado, 4% anticoagulado y antiagregado y 2% doblemente antiagregado. De manera global, los pacientes cuya indicación de CE fue HDOO estaban antiagregados/anticoagulados con más frecuencia que los pacientes que se realizaron CE por otra indicación (52% vs. 20%;  $p=0,028$ ). El diagnóstico de angiodisplasias fue más frecuente en pacientes anticoagulados que en los que no lo estaban (63% vs. 19%;  $p=0,02$ ). El diagnóstico de erosiones fue más frecuente en los pacientes antiagregados que en quienes no lo estaban (11% vs. 3%;  $p=0,2$ ). La anticoagulación no mostró relación con el diagnóstico de erosiones ( $p=1$ ). La tasa de complicaciones fue 1% (retención de CE), ninguna grave.

#### CONCLUSIONES:

1. La HDOO es la indicación más frecuente de CE.
2. En nuestro estudio el rendimiento diagnóstico de la CE fue del 62% en los pacientes cuya indicación de CE fue HDOO.
3. La antiagregación/anticoagulación es más frecuente en pacientes que se realizan CE por HDOO que en pacientes con otras indicaciones.
4. Los pacientes anticoagulados presentan con mayor frecuencia angiodisplasias de ID.

-22-

### MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON ESÓFAGO DE BARRETT Y DISPLASIA DE ALTO GRADO.

Oliveria P; López-Viedma B; Rodríguez Sanchez-Migallón J; De La Santa E; Alonso M; Patón R; Verdejo C; Olmedo J; Hernández A; Domper F; Lorente R; Martín R; Rodríguez E.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

**INTRODUCCIÓN.** En los últimos años se han ido desarrollando tratamientos alternativos a la esofagectomía en pacientes con displasia de alto grado o carcinoma intramucoso en relación con epitelio de Barrett. Estos tratamientos son la resección mucosa endoscópica con diferentes modalidades y la ablación por radiofrecuencia. Asimismo la cromosendoscopia juega un papel importante en estos pacientes a la hora de localizar lesiones sospechosas de displasia o carcinoma, para así dirigir las biopsias. Los métodos tradicionales de tinción con azul de metileno están siendo sustituidos por técnica de Narrow-banding (NBI) en los centros en los que se haya disponible, debido a es más rápida y limpia.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 49 años con diagnóstico de hernia de hiato y esofagitis por reflujo grado III en año 2005. Desde entonces en tratamiento crónico con omeprazol 20mg/día. En año 2007 se diagnosticó de esófago de Barrett corto (1.5cm) sin displasia. Revisión endoscópica en 2009 sin cambios. En control bianual de año 2010 se aprecia extensión del Barrett con dos lengüetas de 3cm y biopsias "al azar" con displasia de alto grado. Posteriormente se realiza cromosendoscopia con azul de metileno, visualizándose una zona, a nivel de línea Z, en la que persiste la tinción y que muestra una sobre elevación mucosa de unos 7mm de diámetro. En el estudio histológico (informado por un patólogo diferente) se confirma la existencia de metaplasia intestinal y displasia de alto grado. Se informa al paciente de las diferentes opciones de tratamiento (cirugía, resección mucosa endoscópica+ablación por radiofrecuencia) optando por la realización de tratamiento endoscópico. Se localiza la lesión mediante técnica de Narrow-banding: lesión de 6-7mm con patrón de displasia. Se realiza ecoendoscopia a 55mmHz apreciándose engrosamiento mucoso de 10x7mm sin invasión de la capa muscular y sin apreciarse adenopatías perilesionales. Posteriormente se realiza mucosectomía endoscópica de 1 banda con sistema "Duette", recuperándose la pieza íntegramente para estudio AP: mucosa esofágica con ectopia gástrica y displasia intensa (neoplasia intraepitelial de alto grado) en el epitelio glandular compatible con esófago de Barrett con displasia epitelial intensa. Se pauta tratamiento IBP a doble dosis y se realiza revisión de la zona a las 4 semanas, no observándose lesiones sobre elevadas y con Narrow-banding no se detectan zonas sospechosas. Se toman múltiples biopsias de la zona de mucosectomía previa así como de las adyacentes. AP: Fragmentos de mucosa esofágica revestida por epitelio escamoso y columnar con alteraciones inflamatorias, ligeros cambios regenerativos epiteliales y metaplasia enteróide, sin evidencia de displasia, compatible con esófago de Barrett.

**COMENTARIOS.** La mucosectomía endoscópica mediante técnica de banda, de las zonas con displasia de alto grado en el epitelio de Barrett es una técnica alternativa a la esofagectomía, si bien se necesitan estudios comparativos en cuanto a coste, morbilidad y eficacia a largo plazo en cuanto a la posible recidiva de la displasia. En este paciente, por el momento se ha eliminado con éxito la zona de displasia, si bien habrá que hacer un seguimiento estrecho, así como realizar un tratamiento para el epitelio de Barrett restante, posiblemente con radiofrecuencia.

**-23-**

### GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serrano Sánchez L, Martínez Fernández R, Pérez García JI,  
Jimeno Ayllón C, Reyes Guevara A, Gómez Ruiz CJ, Morillas  
Ariño J, García-Cano Lizcano J, Pérez Sola A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ (CUENCA)

**INTRODUCCIÓN.** La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica cada día más utilizada para realizar aporte nutricional seguro y prolongado en aquellos pacientes con imposibilidad para la alimentación vía oral. En los últimos años existe un gran debate en cuanto a la correcta indicación y la relación coste-beneficio.

**OBJETIVO.** Analizar la morbi-mortalidad asociada con la colocación de la GEP en la práctica clínica habitual y como influyen distintas variables en ésta.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo del número de GEP realizadas entre enero de 2009 y diciembre de 2010. Se registraron el sexo, las indicaciones, complicaciones y la morbi-mortalidad de la técnica.

**RESULTADOS.** El Servicio de Aparato Digestivo de Cuenca recibió un total de 84 peticiones, consiguiéndose llevar a cabo en 71 de estos pacientes (tasa de éxito 85%) de los cuales fueron 28 hombres y 43 mujeres, con una edad media de 78 años (38-98): edad media de hombres: 73,5; edad media de mujeres: 79.

**Indicación global:** ACV 21, Alzheimer 18, demencia senil 14, patología tumoral 9, Parkinson 3 y con 1 paciente: malnutrición, Down, TCE, ELA, Huntington. Encontramos que existen diferencias significativas entre la indicación y el sexo, siendo la indicación por ACV significativamente mayor en mujeres (14) y por el contrario la indicación por disfagia tumoral (7) y Parkinson (2) fue significativamente mayor en varones.

**Morbi-mortalidad.** Surgieron 20 complicaciones (28%); 14 (70%) leves (infección del estoma, obstrucción de la sonda, malposición y rebosamiento perisonda) y 4 (20%) graves (peritonitis, neumoperitoneo y sangrado). Al realizar el estudio estadístico se encontró que en la indicación por patología tumoral no apareció ninguna complicación y la indicación por ACV fue donde más complicaciones se produjeron ( $p < 0,05$ ).

Se produjeron 22 éxitos (31%) con una supervivencia media de 264,5 días (2-723). En relación con la indicación el mayor número de éxitos se produjeron en la indicación por ACV (7), demencia senil (5), Alzheimer (4) y tumor (4). Siendo muy llamativo, sin encontrar diferencias estadísticas significativas, la existencia de un gran número de éxitos en los primeros 100 días (14%).

#### CONCLUSIONES.

La GEP se realiza con menos frecuencia en hombres que en mujeres, siendo menor la edad media de los mismos; lo cual es debido a que en los hombres la indicación más frecuente es la tumoral.

El mayor número de indicaciones global fue en ACV y Alzheimer.

Existe un porcentaje nada despreciable de complicaciones (28%) de las cuales un 20 % fueron graves. Las indicaciones que más complicaciones registraron fueron ACV y demencia senil.

Se registró un porcentaje de éxitos del 31% con una supervivencia media de 264,5 días. La mitad de los óbitos ocurrieron en los primeros 100 días.

Dado el elevado porcentaje de complicaciones y mortalidad obtenidos, es necesario realizar un adecuado análisis de los

pacientes subsidiarios del beneficio de la colocación de PEG para intentar minimizar la morbi-mortalidad asociada a la técnica.

**-24-**

### CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ANEMIA FEROPÉNICA

G. González Redondo, L. Fernández Salazar, B. Velayos Jiménez, L. Ruiz Rebollo, R. Aller de la Fuente, A. Macho Conesa, G. Gómez de la Cuesta, JM González Hernández.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La hemorragia digestiva de origen oculto oscura (HDOO) es la indicación más habitual de estudio con cápsula endoscópica (CE).

**OBJETIVOS.** Pretendemos analizar las características y hallazgos de los pacientes con esta indicación.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Revisión retrospectiva de los informes y las solicitudes de exploración con CE recibidas en nuestro servicio a lo largo del año 2010. Las exploraciones se realizaron con cápsula Pillcam (Given) tras dieta de 8 horas, sin limpieza intestinal previa.

**RESULTADOS.** Hemos realizado 202 exploración con CE a lo largo de 2010 a pacientes procedentes de hospitales de Castilla y León con una edad media de 57,4 años (DS 18,5) y siendo el 50% mujeres. Las indicaciones principales fueron: HDOO 55,4% (112 exploraciones), hemorragia digestiva de origen oculta evidente 17,8%, enfermedad inflamatoria intestinal o diarrea a estudio 21%. La edad media de los pacientes cuya indicación fue HDOO fue 64 años (22-87) y el 54% eran mujeres. Los pacientes de sexo femenino tenían una hemoglobina media de 8,7 (DS 1,9) y los varones 7,8 (DS 2,3). El 36% de los pacientes contaba con un tránsito intestinal, el 80% contaba con gastroscopia, el 81% con colonoscopia y el 12% con TC abdominal. La cápsula alcanzó el ciego en el 70% de las exploraciones. En ninguno de los 112 pacientes se utilizó la cápsula Agile. El 48% de las exploraciones con CE fue normal. Se identificó sangre en el 19% de los pacientes, úlceras en el 27%, angiodisplasias en el 33% y tumores en el 2,6%.

#### CONCLUSIONES.

En la mitad de los pacientes con HDOO la CE permite identificar lesiones potenciales responsables de la anemia.

**25**

### CAUSAS DE COMPRESIONES EXTRÍNSECAS DEL TRACTO DIGESTIVO.

Mabell Vargas Travaglini, José María Moreno Planas, Ana Galera Ródenas, María Montealegre Barrejón, David Francisco García Nuñez, Mercedes Garrido Martínez, Karima Villena Moreno, Ponciano Martínez Ródenas, Ricardo Pérez Flores.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

**INTRODUCCIÓN.** Las compresiones extrínsecas durante una endoscopia son lesiones infrecuentes y son producidas por estructuras vecinas que pueden ser normales o patológicas.

**OBJETIVO.** Determinar las principales causas de compresiones extrínsecas en las exploraciones endoscópicas realizadas durante enero de 2010 hasta julio 2011 en el Complejo Hospitalario de Albacete (CHUA).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se incluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de compresión extrínseca durante una exploración endoscópica realizada en el CHUA durante el periodo de 01/01/2010 y 5/07/2011, en los cuales se evaluó la causa de la compresión extraluminal. Para el análisis estadístico se utilizó el SSPS 15.

**RESULTADOS.** Se encontraron 49 compresiones extrínsecas en un total de 13587 exploraciones endoscópicas, incluyendo gastroscopias y colonoscopias. Se encontraron en 27 (55%) mujeres y 22 (45%) hombres. Los principales motivos de exploración fueron Hemorragia digestiva alta en 6 (12%) pacientes, tumor ovario en 7(14%) pacientes, en 8 (16%) pacientes el motivo de petición fue por disfagia. Se realizó Ecoendoscopia y TC en 10 pacientes, sólo TC en 36 pacientes y sólo ecoendoscopia en 1 paciente. En 2 pacientes no se les realizó ningún estudio. De las 49 compresiones extrínsecas, se encontraron 14 a nivel esofágico (25%), 15 gástricas (31%), 6 duodenales (12%), 2 en ciego (4%), 5 sigma (10%), 5 en recto (10%) y 2 en la unión RS (4%). De las compresiones a nivel esofágico las principales causas fueron 6 (43%) conglomerados adenopáticos, 4 (29%) vasculares (aorta), 2 (14%) tumores pulmonares y 2(14%) en los que no se encontró causa alguna de compresión. De las compresiones gástricas se encontraron 5 (33%) secundarias a páncreas (tumores, quistes), 3 (20%) por quistes hepáticos, 2 (13%) por quistes renales, 3 (20%) secundarias a esplenomegalia y en 2 (13%) casos no se evidenció ninguna causa. De las compresiones duodenales, 5 (83%) por conglomerados adenopáticos y 1 (17%) por tumor pancreático. De las de sigma, 2 (40%) por carcinomatosis peritoneal, 1 (20%) tumor de ovario, 1(20%) absceso pélvico y en un caso no se encontró causa. De las de recto, 3(60%) fueron por tumor ovárico, 1 (20%) de próstata y en un caso no se encontró causa. A nivel de la unión RS, el 100% (2) fueron por tumores ováricos.

**CONCLUSIÓN.** Las causas más comunes de compresión extrínseca en nuestra serie fueron las adenopatías en esófago y duodeno; y los tumores en estómago y colon.

26

## UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS DE ORIGEN NO FILIADO.

Jimeno Ayllón C<sup>1</sup>, Martínez Fernández R<sup>1</sup>, Serrano Sánchez L<sup>1</sup>,  
Reyes Guevara AK<sup>1</sup>, Pérez García JI<sup>1</sup>, Razquin Murillo J<sup>2</sup>,  
Gómez Ruiz CJ<sup>1</sup>, García-Cano Lizcano J<sup>1</sup>, Morillas Ariño J<sup>1</sup>,  
Pérez Sola A<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

**INTRODUCCIÓN.** La distinción entre adenopatías benignas y malignas puede llevarse a cabo mediante el estudio de sus características ecográficas, ya que la ecendoscopia (USE) muestra datos sugestivos de malignidad en un 80% de los casos. Sin embargo es necesaria la PAAF de las mismas, no solo para confirmar su benignidad o malignidad sino para diagnosticar las patologías subyacentes que las ocasionan.

### OBJETIVO

- Determinar el diagnóstico final obtenido mediante la PAAF de adenopatías presentes en mediastino, retroperitoneo e hilio hepático en ausencia de neoplasia esofágica, gástrica o hepática diagnosticada con anterioridad a la PAAF.
- Analizar las características de las adenopatías así como el número de pases necesario sobre las mismas para alcanzar el diagnóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes sometidos a USE-PAAF en el período de tiempo comprendido entre Enero de 2009 y Junio de 2011.
- Las exploraciones se realizaron con ecoendoscopio lineal y las punciones fueron realizadas con aguja de 22 Gauges.
- Se consideraron datos sugestivos de malignidad para las adenopatías: forma redondeada, bordes lisos, tamaño >1cm e hipoeogenicidad.
- **Criterios de inclusión:** presencia de adenopatías mediastínicas, retroperitoneales, en hilio hepático o peripancreáticas.
- **Criterios de exclusión:** neoplasia esofágica, gástrica o hepática ya diagnosticada.

**RESULTADOS.** Un total de 15 pacientes se sometieron a PAAF por presencia de adenopatías de origen no filiado, siendo 47,1% varones y 41,2% mujeres. La edad media fue de 63,31±15,02 años. La localización más frecuente de las adenopatías fue mediastínica (47,1%), presentándose en un 35,3% en el área subcarinal y en un 11,8% en la ventana aortopulmonar. En menor porcentaje se localizaron en hilio hepático (23,5%), retroperitoneo (11,8%) y tronco celiaco (5,9%). Un 40% de los pacientes presentaron además adenopatías en otros territorios. El tamaño medio de las mismas fue de 3,08±1,67 cm de diámetro mayor. Se realizaron una media de 2,07±0,59 pases. La patología subyacente más frecuente tras el estudio anatomopatológico de las adenopatías fue la patología neoplásica pulmonar en un 39,9% (carcinoma epidermoide de pulmón (13,3%), adenocarcinoma de pulmón (13,3%) y carcinoma "oat cell" (13,3%)), en menor frecuencia se diagnosticó carcinoma hepatocelular (13,3%) seguido de TBC (6,7%), sarcoidosis (6,7%), carcinoma renal de células claras (6,7%) y linfoma B centrofoliular (6,7%). Para un 13,3% de los pacientes la PAAF no fue exitosa, en un caso por material insuficiente y en otro por tratarse de un falso negativo.

### CONCLUSIONES

- 1.- La patología pulmonar tumoral ocasiona frecuentemente adenopatías mediastínicas de fácil acceso para la USE-PAAF (39,9% en nuestro estudio), que permite no sólo el diagnóstico del tumor primario sino la determinación del subtipo tumoral para un adecuado abordaje terapéutico.
- 2.- El número medio de pases para nuestros pacientes fue de 2,07±0,59, llegándose al diagnóstico en un 86,66% de los casos.
- 3.- En nuestro estudio, la PAAF de adenopatías permite además el diagnóstico de patología no tumoral como la TBC o la sarcoidosis, no diagnosticadas mediante otras técnicas.

-27-

## ESTUDIO DEL EFECTO DE UN FÁRMACO SIMBIÓTICO SOBRE LOS NIVELES DE AMINOTRANSFERASAS HEPÁTICAS Y PARÁMETROS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

R. Aller, D. A de Luis\*, O. Izaola\*, R Conde\*, M González Sagrado\*, T Álvarez, C Velasco\*, D. Primo\*, B. de la Fuente\*, L Fernández Salazar, B Velayos, JM González

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

\*UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA, INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGÍA DE VALLADOLID, FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID.

**OBJETIVO.** El presente ensayo piloto se llevó a cabo con la finalidad de evaluar los efectos del tratamiento agudo con un compri-

mido que contiene 500 millones de *Lactobacillus bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus*, administrados una vez al día en pacientes con hígado grasoso no alcohólico (HGNA).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se reclutó una muestra de 30 pacientes con HGNA (diagnosticado mediante biopsia hepática), analizándose finalmente 28 pacientes en un estudio randomizado doble ciego. Los pacientes fueron asignados al azar a uno de los siguientes tratamientos durante 3 meses: grupo I, tratados con un comprimido al día con 500 millones de *Lactobacillus bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus* (Simbiotic NM®) y el grupo II, tratado con una tableta de placebo (120 mg de almidón).

**RESULTADOS.** En el grupo I, la alanina amino transferasa (ALT: 67,7 25,1 UI/L vs 60,4 30,4 UI/L,  $p < 0,05$ ), la actividad de la aspartato aminotransferasa (AST: 41,3 15,5 UI/L vs 35,6 10,4 UI/L,  $p < 0,05$ ) y los niveles de  $\gamma$ -glutamato transferasa (GGT: 118,2 63,1 UI/L frente a 107,7 60,8 UI/L,  $p < 0,05$ ) disminuyeron significativamente. En el grupo II, todos los parámetros de la función hepática se mantuvieron sin cambios (ALT: 60,7 32,1 UI/L vs 64,8 35,5 UI/L, ns), la actividad de la aspartato aminotransferasa (AST: 31,7 13,1 UI/L vs 36,4 13,8 UI/L; ns) y los niveles de  $\gamma$ -glutamato transferasa (GGT: 82,1 55,1 UI/L vs 83,6 65,3 UI/L; ns). Los parámetros antropométricos y los factores de riesgo cardiovascular se mantuvieron sin cambios después del tratamiento en ambos grupos.

**CONCLUSIÓN.** Una tableta de 500 millones de *Lactobacillus bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus* al día, en un ensayo clínico aleatorizado, mejora los niveles de aminotransferasas en pacientes con HGNA

**-28-**

### HEPATITIS C CRÓNICA E INSUFICIENCIA RENAL: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

*Sami Aoufi Rabih, Rebeca García Agudo, Francisco Ruiz Carrillo, Pedro González Carro, Francisco Pérez Roldán, Óscar Roncero García-Escribano, Marina Ynfante Ferrús, María Luisa Legaz Huidobro, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñoz, Esther Bernardos Martín, José María Tenias Burillo.*

COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA-CENTRO. ALCÁZAR DE SAN JUAN.

**INTRODUCCIÓN.** La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) se ha asociado a múltiples manifestaciones extrahepáticas, a nivel hematológico, reumatológico, dermatológico y renal (glomerulonefritis membranoproliferativa, membranosa, extracapilar, Ig A, focal y segmentaria, otras).

La microalbuminuria es un parámetro de expresión de daño renal y constituye un factor de riesgo de progresión de insuficiencia renal (IR), así como de morbimortalidad cardiovascular. Varios autores han descrito un aumento de la prevalencia de microalbuminuria y de IR en los sujetos VHC-positivos con respecto a los VHC-negativos. La patología renal es la consecuencia del depósito glomerular de complejos inmunes circulantes que contienen anticuerpos anti-VHC, ARN-VHC y complemento. Se suele manifestar de forma silente mediante alteraciones urinarias (proteinuria y/o hematuria microscópica o macroscópica) con o sin disfunción renal. La IR en la infección crónica por el VHC puede tener la misma etiología que en la población general y han de sumarse las causas propias de la hepatopatía. El estudio de función renal y orina es sencillo y se encuentra disponible en todos los centros sanitarios, por lo que se recomienda su aplicación para realizar un diagnóstico precoz y modificar la evolución y pronóstico de los pacientes con respecto a la patología renal asociada al paciente VHC-positivo.

Nuestra hipótesis es que la infección por el VHC aumenta el riesgo de desarrollar proteinuria y consecuentemente reducción del filtrado glomerular, por lo que se estudió la función renal y hepática de una cohorte de pacientes VHC-positivos.

**MÉTODO.** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 120 pacientes VHC-positivos de la Consulta de Hepatología. Se excluyeron los pacientes con cólico nefrítico, infección urinaria, gestación, coinfección por VHB o VIH, otras causas de hepatopatía crónica, tratamiento con esteroides y/o interferón. Se recogieron datos de la historia clínica y anamnesis y se solicitaron análisis de sangre y orina, con repetición al menos tres veces durante un año para su confirmación.

**RESULTADOS.** La prevalencia fue del 21,5% para microalbuminuria, 24,3% para hematuria y 12,8% para IR. La microalbuminuria se correlacionó significativamente con el sexo (27,9% hombres vs 10,3% mujeres), edad, HTA (41,7% vs 16,3%), fibrosis hepática y ascitis (66,7% vs 17,9%), HTP (38,5% vs 13,4%). La hematuria se asoció a la edad (64,2 +/- 15,8 vs 54,9 +/- 15,7) y ascitis (66,7% vs 21,1%). La presencia de IR fue relacionada con la edad (68,5 +/- 14,4 vs 55,1 +/- 15,7), HTA (33,3% vs 7,3%), GOT, GPT y ascitis (50% vs 10,3%).

#### CONCLUSIÓN.

Los pacientes VHC-positivos presentan una prevalencia de microalbuminuria, hematuria e IR mayor que la población general. La microalbuminuria se relaciona con la fibrosis hepática y ascitis. Se aconseja la implantación de programas de cribado de microalbuminuria, hematuria e IR para detectar patología renal subclínica y evitar su progresión.

**-29-**

### ¿DEBE INVOLUCRARSE EL HEPATÓLOGO EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES VHC-POSITIVOS EN HEMODIÁLISIS?

*Sami Aoufi Rabih, Rebeca García Agudo, Guillermina Barril Cuadrado*

COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA-CENTRO, ALCÁZAR DE SAN JUAN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID. GRUPO DE VIRUS EN DIÁLISIS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA.

**INTRODUCCIÓN.** Las guías clínicas (SEN, KDIGO, AASLD, AGA) recomiendan el estudio de hepatopatía en los candidatos a trasplante renal con VHC.

El estudio SHECTS (situación hepática de los pacientes VHC-positivos en hemodiálisis), promovido por el Grupo de Virus en Diálisis de la Sociedad Española de Nefrología, tiene como objetivo determinar el nivel de estudio y seguimiento de los pacientes con hepatitis C crónica en hemodiálisis, con el fin de unificar criterios a nivel nacional e involucrar tanto a los nefrólogos como a los hepatólogos en su manejo.

**MÉTODO.** Se trata de un estudio de cohorte multicéntrico nacional, aprobado por el CEIC del centro coordinador.

Se confeccionó un cuaderno de recogida de datos para incluir información de la unidad (número total de pacientes, número de VHC-positivos), filiación del paciente (edad, IMC), situación nefrológica (tiempo en hemodiálisis, acceso vascular, anticoagulación, situación del trasplante renal), situación hepatológica (carga viral, genotipo, enolismo, coinfección VHB/VIH, función hepática, tratamiento del VHC, hipertensión portal y complicaciones, tratamiento con betabloqueantes, situación del trasplante hepático, seguimiento en Digestivo, gastroscopia, colonoscopia, ecografía, gradiente de presión venoso hepático, biopsia hepática, autorvaloración del cuestionario). El cuaderno de recogida de datos fue

enviado a todas las unidades de hemodiálisis de España. El plazo final de recogida de datos finaliza el 1 de septiembre de 2011.

**RESULTADOS.**- Han participado hasta la fecha 150 unidades de hemodiálisis (68 hospitalares, 82 centros periféricos). De los 6237 pacientes incluidos, 302 resultaron VHC-positivos (4,8%), 50% hombres con 58,8 +/- 15,2 años, 20,7% con sobrepeso u obesidad. Etiología de la enfermedad renal crónica: 26% glomerular, 19% diabética, 16% tubulointerstitial, 17% no filiada, 22% otra. Tiempo medio en hemodiálisis: 7 +/- 7 años. Fístula arteriovenosa: 59,8%. Anticoagulación oral o intravenosa: 12,2%; intradiálisis: 86,6%. Trasplante renal: 36,6% candidato; 17,1% activos en lista de espera. Genotipo: 1 en el 34,1%, 62,2% no estudiado. Enolismo: 15,8%. Coinfección VHB: 6,1%; VIH: 8,5%. HTP: 12,2%; complicaciones: 2,4%. Betabloqueantes: 23,2%. Gastroscopia, 24,4%; colonoscopia, 18,3%; ecografía, 73,2%; GPVH, 2,4%; biopsia hepática, 12,2%. Análisis: sin hallazgos destacables. Tratamiento antiviral (25,6%): IFN convencional, 7,3%; IFN pegilado, 9,8%; IFN y ribavirina, 7,3%; varios, 1,2%. Trasplante hepático: candidato y activo, 2,4%; no evaluado, 29,3%. Seguimiento en Digestivo: 32,9%. El 97,6% de los investigadores afirmó que el cuestionario les había ayudado a valorar el manejo que realizaban sobre sus pacientes.

**CONCLUSIÓN.**- Los pacientes VHC-positivos en hemodiálisis tienen un estudio incompleto o nulo de su hepatopatía. Es necesario establecer protocolos de manejo conjunto entre nefrólogos y hepatólogos para mejorar el seguimiento de estos pacientes.

### -30-

#### RESPUESTA A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VHB EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA CON DOS CICLOS DE VACUNA CONVENCIONAL Y REVACUNACIÓN CON VACUNA ADYUVADA

*Sami Aoufi Rabih, Rebeca García Agudo, Encarnación Ramos Martínez, Ana María España Mendoza, Beatriz Barba Toledo, Patricia Araque Torres, Dolores Fraga Fuentes, Juan Carlos Valenzuela Gámez, José María Tenías Burillo, Francisco Pérez Roldán, Pedro González Carro.*

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO, NEFROLOGÍA Y FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA-CENTRO. ALCÁZAR DE SAN JUAN.

**INTRODUCCIÓN.**- Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) precisan inmunización frente al VHB antes de su inclusión en tratamiento sustitutivo renal con diálisis o trasplante. Sin embargo, debido a la inmunodepresión secundaria a la propia insuficiencia renal, la comorbilidad y la edad avanzada, presentan una pobre respuesta a la vacunación frente al VHB a pesar del desarrollo de pautas de refuerzo y aceleración, lo que sugiere que siguen siendo precisas nuevas estrategias de vacunación.

El objetivo de este estudio es analizar la respuesta de los pacientes con ERC a una dosis doble de vacuna convencional (Engerix®) a los 0, 1, 2 y 6 meses, revacunación con la misma pauta y posterior revacunación con vacuna adyuvada (Fendrix®) en los no respondedores a dos ciclos con vacuna convencional.

**MÉTODO.**- Se reclutaron 155 pacientes con ERC, derivados de las consultas de Nefrología General y Prediálisis, y fueron vacunados frente al VHB según el protocolo consensuado con el Servicio de Farmacia, basado en las recomendaciones de las guías clínicas:

1. **No inmunizados:** Engerix® 40 mcg a los 0, 1, 2 y 6 meses
2. **No respondedores:** revacunación con Engerix® 40 mcg a los 0, 1, 2 y 6 meses

3. **No respondedores a dos ciclos de Engerix®:** revacunación con Fendrix® 20 mcg a los 0, 1, 2 y 6 meses

Se realizaron controles de antiHBs antes de cada nueva vacunación y al mes de la cuarta dosis y, una vez inmunizados, a los seis meses y al año.

**RESULTADOS.**- 58,7% hombres, 69,4 +/- 14,3 años; 52,2% no fumadores, 12,3% fumadores, 35,5% exfumadores; 5,2% enolismo; 37,7% sobrepeso, 47,3% obesidad; 91,6% hipertensión arterial; 39,4% diabetes mellitus; creatinina 2,9 +/- 1,3 mg/dl; filtrado glomerular (MDRD) 24,4 +/- 15 ml/min. 3,3% AntiHBc+ antes de la vacunación.

La respuesta a la vacunación fue ascendente según el número de dosis hasta siete (primera, 6,4%; segunda 23,9%; tercera, 53,7%; cuarta, 64,8%; quinta, 76,8%; sexta, 83,3%; séptima, 89%; octava, 89%). El 100% de los revacunados con Fendrix® obtuvo inmunización. La respuesta estuvo condicionada por la edad (p=0,01). Las mujeres respondieron en mayor proporción, aunque no se halló significación estadística. No se correlacionó la respuesta a la vacunación con el tabaquismo, enolismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, función renal.

Un 18,1% de los pacientes presentó efectos secundarios (inflamación y/o dolor locales), menos frecuentes en los hombres (14,3% vs 23,4%, p=0,02) y los sujetos obesos (16,8% vs 30,4%, p=0,01).

#### CONCLUSIÓN

En la ERC, la vacunación con cuatro dosis dobles de vacuna convencional y la revacunación con la misma pauta arroja altos índices de respuesta, que pueden aumentarse con la revacunación con cuatro dosis de vacuna adyuvada. Habría que valorar si la respuesta a la vacunación es similar si se realiza la primera revacunación con vacuna adyuvada y esto no aumenta el coste farmacéutico.

### -31-

#### RESPUESTA DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS A LA DOSIS DOBLE DE VACUNACIÓN FRENTE AL VHB Y POSTERIOR REVACUNACIÓN CON UN CICLO COMPLETO

*Sami Aoufi Rabih, María Luisa Legaz Huidobro, Rebeca García Agudo, Marie Roseline Darnycka Belizaire, Michael Clerveus, Pedro González Carro, Francisco Pérez Roldán, Óscar Roncero García-Escribano, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñoz, Marina Ynfante Ferrús, Francisco Ruiz Carrillo.*

COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA-CENTRO. ALCÁZAR DE SAN JUAN.

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes cirróticos presentan una pobre respuesta a la vacunación frente al VHB a pesar del desarrollo de pautas de refuerzo y aceleración, lo que sugiere que siguen siendo precisas nuevas estrategias de vacunación.

El objetivo de este estudio es determinar la respuesta de los pacientes con hepatopatía crónica a una dosis doble de vacunación (Engerix® 40 mcg) a los 0, 1 y 2 meses, con revacunación posterior con la misma pauta en los pacientes no respondedores, además de analizar posibles factores de ausencia de respuesta a la vacunación.

**MÉTODO.** Se seleccionaron 48 pacientes cirróticos de 18-65 años para ser vacunados frente al VHB con Engerix® 40 mcg a los 0, 1 y 2 meses. Se revacunó con la misma pauta a los pacientes no respondedores. Se analizaron los hábitos tóxicos y la presencia de obesidad, hipertensión arterial, diabetes, parámetros de malnutrición, etiología de la cirrosis, Child-Pugh y MELD.

**RESULTADOS.** El 77% de los pacientes era hombre. La edad media alcanzó los 55,3 +/- 9 años. El 79,2% de los pacientes tenía sobrepeso u obesidad. El 56,3% de los pacientes era fumador y el 70,8% tenía hábito enólico. El 21% era hipertenso y el 7,5%, diabético. La etiología de la cirrosis fue: alcohol, 62,5%; VHC, 20,8%; alcohol y VHC, 8,3%; otra, 8,4%. El 64,6% de los pacientes tenía un estadio de Child-Pugh A y el 35,5% tenía un estadio B. Todos se encontraban con un índice de MELD de 3-15. El 58,4% de los pacientes respondió al primer ciclo de vacunación (27,1% con antiHBs 10-99 mUI/ml, 31,3% con antiHBs > 100 mUI/ml). El mayor grupo de no respondedores se encontró en los pacientes de 56-65 años. La respuesta a la vacunación no se asoció con la presencia de hábitos tóxicos, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, parámetros de malnutrición, etiología de la cirrosis ni estadio Child-Pugh. El índice de MELD se correlacionó con la respuesta a la vacunación, de modo que los pacientes con un MELD menor de 5 presentaban títulos mayores de antiHBs ( $p = 0,048$ ). Se revacunaron 13 pacientes, de los cuales respondió el 46,1%.

#### CONCLUSIÓN

La pauta de vacunación frente al VHB con doble dosis a los 0, 1 y 2 conlleva una buena respuesta en los sujetos cirróticos, en comparación con otras pautas. La revacunación con un ciclo completo aumenta considerablemente la respuesta a la vacuna. La menor edad y la buena función hepática pueden mejorar esta respuesta.

**-32-**

### HDA, NO TODO ES ORIGEN PÉPTICO NI SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL. CASO CLÍNICO.

Sancho del Val L, Herranz Bachiller MT, Barrio Andrés J, Atienza Sánchez R, Lorenzo Pelayo S, Peñas Herrero I, Ruiz-Zorrilla R, Vargas García AL, Alcaide Suarez N, Pérez Miranda Castillo M, Caro- Patón A.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La HDA se manifiesta en forma de hematemesis y/o melenas. Las causas más frecuentes son el origen péptico y en relación a la HTP. Menos frecuente es la esofagitis necrotizante (ENA) pero hay que pensar en ella en determinado tipo de pacientes.

**DESCRIPCIÓN.** Paciente varón de 57 años sin alergias conocidas, con antecedentes de DM tipo 2, HTA, dislipemia, IAM antiguo (2004) revascularizado mediante ACTP stent, con etilismo crónico activo. En tratamiento habitual con: ácido acetil salicílico, Captopril, Diltiazem, Perindopril tert-butilamina, Atenolol y Atorvastatina.

Ingresa por hematemesis de 24 horas de evolución. No dolor abdominal. Afebril. Exploración física anodina.

**Exploraciones complementarias.** Análítica: leucocitos 12.800 (N: 86%), VCM: 102 fL, GOT: 70, GPT: 70, GGT: 1849, resto normal. Proteinograma normal. Destaca: VSG 63, fibrinógeno: 603, ferritina: 1056. PCR normal. Sistemático de orina y urocultivo negativo. Serología VHB y VHC negativo.

**Pruebas de imagen.** Rx tórax y abdomen normal. Ecografía abdominal: esteatosis hepática y coledocitis. Gastroscopia: desde tercio superior, erosiones fibrinadas, circunferenciales, con áreas negruzcas, friables y unión escamo-columnar normal compatible con ENA. Hernia de hiato por deslizamiento y gastroduodenitis no erosiva (test ureasa negativo). A la semana se repite la gastroscopia con mucosa en fase de cicatrización.

Se inicia tratamiento con sueroterapia e IBP. Evolución favorable. A los 15 días fue dado de alta. En seguimiento desde hace 2 años. No ha presentado complicaciones locales ni nuevos episodios.

#### DISCUSIÓN.

En este caso, el paciente presentaba FRCV y patología coronaria lo que explicaría el origen isquémico de esta patología así como consumo de alcohol y una gastroduodenitis que alteran la barrera mucosa. Su estado nutricional era normal. La (ENA) es una forma rara de esofagitis, más frecuente en varones en la 6ª década de la vida en el contexto de enfermedades sistémicas que condicionan un bajo flujo sanguíneo y que alteran la mucosa gástrica. La endoscopia con una coloración negra de la mucosa es diagnóstica. La biopsia sirve para el diagnóstico diferencial. Hay que excluir la ingesta de corrosivos e infección por virus u hongos. El manejo ha de ser conservador. Las complicaciones se presentan en un 25% de los casos, la más frecuentes es la estenosis y la más grave la perforación. La mortalidad es elevada asociada con las enfermedades de base.

**-33-**

### PRIMOINFECCIÓN POR CMV CON AFECTACIÓN HEPÁTICA, ADENOPÁTICA Y PULMONAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON IFN PEGILADO Y RIBAVIRINA.

Martín Escobedo LR, Hernández Albújar A, La Blanca Alonso M, Rodríguez Sánchez-Migallón J, Zarcas MA, Patón R, Olmedo Camacho J, Olivencia Palomar P, Rodríguez Sánchez E

SERVICIO DE DIGESTIVO.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

Paciente mujer de 45 años. No patología cardiopulmonar conocida. Cirrosis hepática VHC genotipo 1b Child A 5 puntos diagnosticada en 2002 (biopsia hepática con fibrosis en puentes e inflamación portal marcada). No signos clínicos, endoscópicos ni radiológicos de hipertensión portal. No respondedora previa a terapia con IFN peg alfa 2 b y Ribavirina. Retratamiento en nuestro centro con IFN peg alfa 2a 180 mcg semanales y Ribavirina 1000 mg día con intención de terapia prolongada durante 72 semanas sin alcanzarse respuesta viral rápida. Se obtiene respuesta viral precoz completa (carga viral negativa a las 12 semanas del inicio de la terapia)

A las 65 semanas del inicio de la terapia aparece cuadro clínico consistente en tos no productiva, fiebre de hasta 39 °C y adenopatías en región submandibular, latero-cervical y cervical posterior. En la analítica se objetiva Anemia (10.5 g/dl) y elevación de enzimas de colestasis (GGT 355 y FA 160) que, previamente eran normales.

A las 68 semanas suspende tratamiento antiviral por intolerancia, persistiendo, 15 días después, anemia (hgb 10 g/dl), pérdida de 10 kg de peso, agravamiento de la tos y reaparición de fiebre de hasta 40 °C. En la exploración abdominal se aprecia dolor intenso a la palpación en piso abdominal superior y crepitantes aislados por despegamiento. Ingreso en planta para estudio y tratamiento.

En la analítica destaca anemia creciente de 8.7 g/dl, GOT 106, GPT 44, GGT 496, FA 345, con bilirrubina y coagulación normales.

La radiografía de tórax al ingreso objetiva discreto ensanchamiento mediastínico. Se realiza TAC que observa en parénquima pulmonar áreas de densidad en vidrio deslustrado junto a engrosamiento pseudonodular pleural posterior bilateral, hepatoesplenomegalia e imágenes ganglionares llamativas en número a nivel

axilar, mediastínicas en los compartimentos prevascular, paratraqueal, precarinal y subcarinal (10.8 mm), región gástrica, hilio hepático, pancreatoduodenales, retroperitoneales, en cadena iliaca común derecha e inguinales bilaterales.

Estudio microbiológico: hemocultivo, urocultivo, cultivo y BAAR de esputo, Mantoux negativos. Carga viral VHC negativa. Serologías VHB, VHA, VEB, VVZ, VHS, Chlamydia, Coxiella, Mycoplasma, T pallidum negativos.

Se detecta IgM Citomegalovirus positiva compatible con infección aguda por CMV grave, iniciándose tratamiento con Ganciclovir intravenoso con muy buena evolución clínica, desapareciendo la fiebre, la clínica respiratoria y el dolor abdominal. La paciente requiere tratamiento con Eritropoyetina alfa sc por anemia creciente con buena respuesta. A las dos semanas de tratamiento se obtiene una carga viral de CMV negativa, sustituyéndose Ganciclovir por Valganciclovir vía oral para control ambulatorio. Pendiente de nuevo TAC para comprobar descenso en el número y tamaño de las adenopatías.

#### DISCUSIÓN

Presentamos un caso de infección aguda por CMV severa con afectación pulmonar, adenopática y hepática en una paciente cirrótica y tratamiento prolongado con Interferón pegilado y Ribavirina. La afectación severa por CMV es frecuente en pacientes trasplantados o con EICI que reciben tratamiento inmunosupresor. Aunque cualquier estado de inmunodepresión constituye un factor de riesgo para el desarrollo de esta infección, no hemos encontrado publicado hasta la fecha ningún caso asociado al tratamiento con Interferón pegilado.

-34-

### ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON HEPATOPATIA CRONICA VIRUS C EN RELACIÓN CON LOS DISTINTOS GENOTIPOS IL28B EN NUESTRO ÁREA SANITARIA.

*Guardiola Arévalo A, Sánchez Ruano JJ, Hidalgo Aguirre L, Artaza Varasa T, Romero Gutierrez M y Gómez Rodríguez RA.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.**- La hepatopatía crónica virus C (HC HVC) es una de las principales causas del desarrollo de cirrosis hepática y hepatocarcinoma. El tratamiento antiviral consigue respuesta viral sostenida en aproximadamente el 50% de los pacientes, habiéndose descrito diversos factores que influyen en la respuesta al tratamiento. Recientemente se ha podido demostrar que polimorfismos en la región del gen IL28B se asocian con la respuesta al tratamiento y que se encuentran en distintos porcentajes en función de varios factores como el genotipo viral o la etnia. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de los pacientes en los que se determinaron los polimorfismos del gen IL28B y establecer las diferencias existentes entre los distintos genotipos de dichos polimorfismos.

**MÉTODOS.**- Nuestra serie consta de 68 pacientes con HC HVC en los que se determinaron, previo consentimiento de los mismos, los distintos genotipos del polimorfismo rs12979860 mediante PCR de Discriminación Alélica con sondas Taqman?. Se analizaron estadísticamente las características epidemiológicas, analíticas y virológicas de dichos pacientes.

**RESULTADOS.**- De los 68 pacientes, 45 eran varones y 23 mujeres, con una edad media de 49,73 años, todos de raza caucásica (65 de nacionalidad española y 3 rumana). 53 pertenecían al genotipo

1, 6 al genotipo 4, uno al genotipo 2 y 7 pacientes al genotipo 3. Más del 75 % de ellos presentaban carga viral elevada. El análisis de los polimorfismos de la IL28B mostró que 24 pacientes pertenecían al genotipo CC (35,29%), 38 al genotipo CT (55,88%) y 6 al TT (8,82%). Aunque los pacientes con genotipo CC fueron con más frecuencia mujeres, con carga viral más elevada y menor severidad de la hepatopatía, sólo los valores de HOMA alcanzaron significación estadística ( $p=0,012$ ) entre los pacientes con genotipo CC (1,36) y no-CC (3,36).

**CONCLUSIONES.**- Nuestra población presenta unos porcentajes de genotipos rs12979860 de IL28B similares a los descritos para la raza caucásica, aunque ligeramente inferiores para el genotipo TT. No existieron diferencias estadísticamente significativas en los aspectos epidemiológicos, analíticos y virológicos entre los pacientes con el genotipo CC y los no-CC a excepción de los valores de HOMA que fueron significativamente más bajos en los pacientes CC. Estudios con mayor número de pacientes y orientados a este objetivo determinarán la posible relación de este hallazgo con la respuesta al tratamiento.

-35-

### ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A LA COLELITIASIS EN OBESOS MÓRBIDOS.

*Vaquero L, García M, Pisabarro C, Álvarez B, Del Pozo E, Miguel A, Díez R, Vivas S, Olcoz JL.*

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La obesidad se considera actualmente un factor de riesgo para el desarrollo de colestiasis. Con una prevalencia en torno al 25%. Se ha demostrado que el factor de riesgo más importante en la aparición de colestiasis es la resistencia a la insulina. Además estudios recientes describen que valores altos de IMC, y la edad avanzada presentan una correlación positiva con la aparición de colestiasis.

**OBJETIVO.** Evaluar la prevalencia de la colestiasis y los factores asociados en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** Se analizaron de manera retrospectiva 78 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro desde octubre del 2008 hasta junio 2011. 16 pacientes fueron excluidos por no estar la ecografía disponible al ser pacientes remitidos desde otros centros. Se analizaron si la composición corporal, HOMA (Homeostasis Model Assessment), trasaminasas, GGT, colesterol total o el nivel triglicéridos se encontraban asociados a presentar colestiasis.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 62 pacientes (edad media 42 años, DS 13), el 56 % mujeres. La edad media era similar en los pacientes con y sin litiasis biliar (45 vs 42;  $p=0,706$ ). La prevalencia de colestiasis fue del 14%. Las diferencias en el HOMA entre el grupo de colestiasis y el grupo sin litiasis biliar, no resultaron estadísticamente significativas (5,4 vs 7,4;  $p=0,352$ ). Los sujetos con colestiasis tenían valores medios de IMC similares a los sujetos sin patología biliar (48 vs 46;  $p=0,197$ ). Tampoco presentan diferencias entre ambos grupos respecto a los niveles de colesterol total (199 vs 196;  $p=0,905$ ), ni triglicéridos (137 vs 146;  $p=0,562$ ) ni GGT (45 vs 31;  $p=0,289$ ).

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie se observa una prevalencia de colestiasis menor a la publicada en otros estudios. Al contrario que en otros trabajos, presentar colestiasis no resultó asociado al IMC, HOMA ni a la edad.



**-36-****NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DE LA HEPATITIS VHC POSTRASPLANTE.**

Rafael Ruiz Zorrilla, Sara Lorenzo Pelayo, Lorena Sancho del Val, M<sup>a</sup> Teresa Herranz Bachiller, Noelia Alcaide Suárez, Felix García Pajares, Gloria Sánchez Antolín, Carolina Almohalla Álvarez, Carmen Ramos, Pilar Fernandez Orcajo, Rosario Velicia Llamas, Agustín Caro Patón.

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO,  
<sup>2</sup> SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID. ESPAÑA.

**OBJETIVO.** Prospectivamente planteamos tratar un grupo de pacientes trasplantados VHC(TOH-VHC) diagnosticados de recidiva VHC postrasplante con fibrosis leve (F1-2), con Interferon Pegylado alfa2a y Ribavirina prolongando el tiempo de tratamiento hasta 18 meses, cuando fue posible.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Incluimos 28 pacientes. Todos fueron biopsiados antes del tratamiento. La edad media fue 56 años +/- 7,8. Dos pacientes tenían Genotipo 3 y los 26 restantes genotipo 1. En todos los casos se inició tratamiento con PegIFN alfa2a y Ribavirina. 4 pacientes (14.2%) precisaron suspender el tratamiento en los primeros 3 meses por intolerancia o toxicidad severa. El tiempo medio de tratamiento del resto de pacientes fue 17 meses. El promedio de fibrosis en la biopsia fue 1.92. La inmunosupresión de los pacientes al inicio del tratamiento fue Ciclosporina 37.5%, Tacrolimus 58.3% y 4.16% de los pacientes estaban con mTOR.

**RESULTADOS.** En 19 pacientes (67.8%) el RNA VHC fue negativo al final del tratamiento. Se consiguió RVS en 15 pacientes (53.5%). Efectos secundarios como neutropenia (71.4%) y anemia (75%) fueron tratados con G-CSF (41.6%) y/o eritropoyetina (33.3%) y transfusiones sanguíneas inicialmente; luego con reducción de dosis. Un paciente falleció durante el tratamiento por una endocarditis bacteriana. No hubo casos de rechazo agudo durante el tratamiento.

**CONCLUSIONES.** El tratamiento antiviral es seguro y eficaz en el tratamiento de la recidiva VHC postrasplante. En nuestra serie iniciar el tratamiento en fibrosis leves, prolongar el tiempo de tratamiento y evitar la reducción de dosis de antivirales mediante uso de factores podrían ser factores asociados a mayor RVS (53%) que las publicadas (33%). Se necesitan estudios randomizados.

**-37-****COMPARACIÓN DE BISAP, APACHE II Y RANSON COMO ESCALAS PRONÓSTICAS DE GRAVEDAD EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA**

Casanova MJ, Rodríguez-Grau MC, Miranda-García P, Álvarez-Malé T, Ruiz-Rubí A, Casals-Seoane F, Arberas-Díez B, Moreno-Otero R, Trapero-Marugán M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IP) Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). MADRID

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS.** La escala BISAP (Bed-side Index for Severity in Acute Pancreatitis) es una herramienta pronóstica simple y fiable para pacientes con pancreatitis aguda (PA) dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario. Incluye cinco variables: nitrógeno ureico en sangre, alteración del estado mental, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), edad y derra-

me pleural. Los objetivos de este estudio fueron comparar de forma prospectiva la escala BISAP frente a otras escalas pronósticas (APACHE II, RANSON) de mortalidad por PA y conocer la incidencia de PA grave.

**MÉTODOS.** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo de nuestro centro con el diagnóstico de PA desde octubre 2010 a agosto 2011. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, radiológicos y ecoendoscópicos. En cada paciente se aplicó los sistemas BISAP, APACHE II y RANSON dentro de las primeras 24 horas de ingreso. Se definió PA grave según: 1) criterios de Atlanta y 2) escalas pronósticas (BISAP? 3, APACHE II? 8 ó RANSON? 3)

**RESULTADOS.** Se estudiaron 62 pacientes (edad media 66 ± 19 años, 52% varones, 29% fumadores y 14% consumidores de > 40g alcohol/día). La etiología de la PA fue: 69% litiasica, 14% alcohólica, 11% idiopática y 6% otras causas. El 11% de los pacientes con PA litiasica presentó colecistitis aguda asociada a la pancreatitis. El 14% de los pacientes estaba colecistectomizado. Se realizó ecoendoscopia alta y CPRE con esfinterotomía en 30% y 34% de los pacientes, respectivamente. En estos pacientes los diagnósticos ecoendoscópicos más frecuentes fueron 71% coledocolitiasis y 19% coledolitiasis/barro biliar. La estancia hospitalaria media fue de 9 ± 4,5 días. El 60% de los pacientes presentaron al ingreso SIRS. Según los criterios de Atlanta el 10% de pacientes presentó PA grave. Del total de pacientes, el 41% presentaron un APACHE>8 puntos, 21% un RANSON>3 y 15% un BISAP>3. Existió diferencia estadísticamente significativa en la puntuación BISAP>3 entre pacientes con PA leve y PA grave (11% vs. 50%; p = 0,009) mientras que en la escala APACHE (40% vs. 66%; p = 0,22) y la escala RANSON (18% vs. 50%; p = 0,1) la diferencia entre casos de PA leve y grave no fue significativa. El 8% de los pacientes requirieron ingreso en la UVI. La mortalidad global fue 3% (2 pacientes).

**CONCLUSIONES.** La puntuación de la escala BISAP>3 se asoció de forma estadísticamente significativa a la presencia de PA grave, mientras que la escala APACHE>8 y la escala RANSON>3 fue similar en pacientes con PA leve y grave. Se apreció una baja incidencia de PA grave en la cohorte de pacientes estudiada.

**-38-****COMPLICACIONES DE LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN ARTERIAL DEL HEPATOCARCINOMA**

Mercedes Garrido Martínez, Jose María Moreno Planas, Juan David Molina Nuevo, María Montealegre Barrejón, Mabel Vargas Travaglini, David Francisco Carcía Núñez, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Rodenas, Ricardo Pérez Flores, Enrique Juliá Molla y María José Pedrosa.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA), SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

**INTRODUCCIÓN.** El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor maligno primario hepático más frecuente. Entre los tratamientos empleados se encuentran: resección quirúrgica, trasplante hepático, técnicas ablativas percutáneas (radiofrecuencia, alcoholización), agentes quimioterápicos (Sorafenib) y quimioembolización transarterial (TACE).

**OBJETIVO.** Analizar la tasa de complicaciones asociadas a la TACE en pacientes con CHC tratados en el Servicio de Aparato Digestivo del CHUA.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se incluyeron en el estudio 21 pacientes diagnosticados de CHC que han recibido TACE como tratamiento

entre 2007 y 2011. La quimioembolización se realizó inicialmente con adriamicina-lipiodol y posteriormente con esferas cargadas con Doxorubicina. La decisión de realizar una 2ª o 3ª sesión de TACE se evaluó en función de la respuesta clínico-radiológica, analizándose 34 sesiones en total. En 8 pacientes se asoció a radiofrecuencia (RF). Se describen el número y tipo de complicaciones derivadas de esta técnica.

**RESULTADOS.** El estudio incluye 21 pacientes (20 hombres y 1 mujer). Todos presentaban hepatopatía en estadio cirrótico de diversas etiologías: 11 alcohol, 3 VHC, 1 E. Wilson, 4 VHC+alcohol, 1 VHB+alcohol y 1 hemocromatosis+alcohol. Dos pacientes recibieron TACE previa a resección quirúrgica. Otros dos como tratamiento puente al trasplante hepático en lista de espera. El resto (17) se encontraban en estadio intermedio de la clasificación BCLC. Doce recibieron una sesión de TACE, 5 dos sesiones y 4 de ellos tres sesiones. Siete pacientes recibieron radiofrecuencia previamente a la TACE, y uno recibió de manera concomitante RF+TACE. De los 21 pacientes y 34 sesiones estudiadas, 7 de ellos presentaron algún efecto secundario o complicación, es decir el 33'33% de los pacientes y el 20% de las sesiones. Un paciente presentó descompensación hidrópica que se resolvió. Otro de ellos entró en edema agudo de pulmón debido a la sobrecarga hídrica que se administra preventivamente ante una posible insuficiencia renal, resolviéndose esta situación. Otro paciente falleció a los 3 días por fallo multiorgánico, siendo éste el que había recibido radiofrecuencia y TACE concomitantemente, no pudiéndose averiguar a qué tratamiento se debió el fatal desenlace. Cuatro de ellos tuvieron como efecto secundario un síndrome postquimioembolización (SPQE). Si tomamos este síndrome como un efecto secundario sólo 3 pacientes (14'29%) o 3 sesiones (8'82%) presentaron complicaciones.

#### CONCLUSIONES.

La tasa de complicaciones acaecidas como consecuencia de la quimioembolización del hepatocarcinoma en nuestro centro es similar a la publicada en series previas. Aunque el número de pacientes de nuestra serie no es muy elevado, la TACE habitualmente es una terapia segura.

-39-

### EFFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

*Ponciano Martínez Rodenas, José María Moreno Planas, Ricardo Pérez Flores, María Montealegre Barrejón, Mabel Vargas Travaglino, David Francisco García Núñez, Karima María Villena Moreno y Mercedes Garrido Martínez.*

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

**INTRODUCCIÓN.** La hepatitis C (VHC) es una de las causas más frecuentes de cirrosis y carcinoma hepatocelular en el mundo. El porcentaje de curaciones de pacientes infectados ha aumentado de forma considerable a lo largo de los últimos 15 años. En los próximos meses con el advenimiento de dos nuevos fármacos el porcentaje de respondedores puede aumentar de forma considerable.

**OBJETIVO.** Analizar el porcentaje de curaciones de la infección VHC con los diferentes tratamientos empleados en pacientes seguidos en una consulta monográfica de hepatitis en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se estudió una muestra de 377 pacientes infectados por el virus de la hepatitis C, seguidos en el CHUA. Se consideró curación la aparición de una respuesta virológica sostenida (RVS).

**RESULTADOS.** De los 377 pacientes con VHC se pautó tratamiento en 288 casos. El 76.4% de los pacientes recibieron varios tratamientos. El tratamiento empleado fue Interferón (IFN) o Interferón Pegilado en monoterapia, IFN asociado a Ribavirina, e IFN Pegilado y Ribavirina. Tan solo (n=6) 8.5% de los tratados (n=71) con IFN en monoterapia obtuvieron una respuesta virológica sostenida; de los tratados con Interferón Pegilado en monoterapia (n=4) respondieron el (n=1) 25%. El (n=29) 39.8% de los pacientes tratados con Interferón más Ribavirina (n=73) y el (n=70) 50% de los tratados con Interferón Pegilado más Ribavirina (n=140) obtuvieron una RVS. De los casos tratados con Interferón en monoterapia que obtuvieron respuesta virológica sostenida, el (n=2) 3.6% de los tratados con genotipo 1 (n=55) obtuvieron respuesta, así como el (n=2) 25 % de los tratados con genotipos 2 y 3 (n=8). En cuanto a los casos tratados con Interferón más Ribavirina, el (n=16) 32% de todos los casos tratados con genotipo 1 (n=50) respondieron, así como el (n=11) 57.8% de los casos con genotipo 2 y 3 (n=19). De los casos tratados con Interferón Pegilado más Ribavirina, el (n=52) 45.6 % de los tratados con genotipo 1 (n=114) respondieron, así como el (n=7) 46.6% de los tratados con genotipos 2 y 3 (n=15).

#### CONCLUSIÓN.

En nuestra serie, al igual que en la mayoría de estudios publicados, el porcentaje de respondedores al tratamiento ha ido aumentando con el tiempo. En nuestros enfermos lo más llamativo respecto a otras series publicadas es la baja tasa de curación de los pacientes infectados por los genotipos 2 y 3.

-40-

### ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS DE IL-28B Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VHC

*Rafael Ruiz-Zorrilla López<sup>1</sup>, Lorena Sancho del Val<sup>1</sup>, M<sup>te</sup> Teresa Herranz Bachiller<sup>1</sup>, Sara Lorenzo Pelayo<sup>1</sup>, Noelia Alcaide Suárez<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Carolina Almohalla<sup>1</sup>, Rico L.<sup>2</sup>, Iglesias V.<sup>2</sup>, Almansa R.<sup>2</sup>, Bermejo J.<sup>2</sup>, Agustín Caro Patón<sup>1</sup>*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

<sup>1</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID.

<sup>2</sup> HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** Existe asociación comprobada entre determinados polimorfismos de la IL-28B y respuesta al tratamiento de la hepatitis crónica VHC. Hay otros factores predictores de respuesta (carga viral, genotipo, sexo, HOMA, GGT, grado de fibrosis, etc). Se realiza un estudio preliminar considerando dichos polimorfismos y otros factores de respuesta.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo en una muestra de 45 pacientes (edad media 44.5 años, 28 varones, y 17 mujeres) de los siguientes parámetros: plaquetas, GOT, GPT, GGT, ferritina, HOMA, grado de fibrosis (por biopsia la mayoría), genotipo, carga viral, cinética viral (considerando respuesta rápida y precoz) y respuesta sostenida. Se determinaron los polimorfismos (CC, CT, TT) rs 12979860 de la IL 28B. Se distribuyó la muestra según polimorfismos.

**RESULTADOS.** En los pacientes con polimorfismo CC (n=19) hubo predominio del sexo femenino, tendencia a un mayor grado de fibrosis, menores niveles de GGT, siendo todos del genotipo 1. El 89% presentaban respuesta precoz y el 56.2% respuesta sostenida. En los polimorfismos CT (n=20) y TT (n=6) se detecta un 60% de respuesta viral precoz y un 39% de respuesta viral sostenida.

**CONCLUSIONES.** En este estudio preliminar se detecta en efecto un mayor porcentaje de respuestas precoces y sostenidas en pacientes con polimorfismo CC, si bien, además tenían otros factores favorables de respuesta (sexo femenino, GGT normal) aunque tendían a presentar mayor grado de fibrosis. No se detectan diferencias en cuanto a carga viral pretratamiento.

**-41-**

### ESTUDIO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

David Francisco García Núñez, José María Moreno Planas, María Montealegre Barrejón, Mabel Vargas Travaglini, Mercedes Garrido Martínez, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Ródenas, Emilia Cascales Martínez, Isabel Rodríguez Martínez, Ricardo Pérez-Flores

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (C.H.U.A.)

**INTRODUCCIÓN.** La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica crónica que cursa con destrucción inflamatoria progresiva de los conductos biliares intrahepáticos, lo cual condiciona inflamación, fibrosis y finalmente cirrosis hepática.

**OBJETIVOS.** El objetivo fundamental fue evaluar las características demográficas, clínicas, analíticas e histológicas de los pacientes con CBP en nuestro medio diagnosticados durante los últimos cinco años.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** El estudio incluyó a aquellos pacientes diagnosticados de CBP en la consulta monográfica de Hepatología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (C.H.U.A.), desde junio de 2006 hasta el presente.

**RESULTADOS.** De los 25 pacientes estudiados, todos eran mujeres, salvo 1 varón, con una media de edad al diagnóstico de 56 años (rango 27-74 años). 13 (52%) presentaban en el momento del diagnóstico cirrosis, de los cuales 11 presentaban estadio Child A (84,6%), un caso Child B (7,7%) y otro sujeto Child C (7,7%). Se realizaron 10 biopsias (40%), con un Scheuer de grado I en 1 caso (10%), II en 5 (50%) III en 2 (20%) y IV en 2 (20%). Siete pacientes presentaban HTA (28%), 5 DM tipo 2 (20%), 10 hipercolesterolemia (40%), 5 hipertrigliceridemia (20%), 2 depresión (8%), y 1 hipotiroidismo (4%). Seis pacientes eran obesas (24%) y tres fumaban (12%).

En 23 casos se apreciaba elevación de AMA > 1/40 (92%). En 18 pacientes había colestasis (72%). En 7 pacientes se solicitó AMA2, de los cuales en 6 fueron positivos (24%). En 14 casos los ANA eran positivos > 1/40 (66%). En 17 pacientes estaba aumentada la IgG (68%) y en 16 la IgM (64%).

Al diagnóstico, cinco pacientes contaban con astenia (20%) y 4 artralgias (16%). Tres referían dolor en hipocondrio derecho (12%) y 4 prurito (16%). Dos tenían ictericia (8%) y 4 tenían hepatomegalia (16%).

Respecto a la ecografía abdominal, en 9 casos era normal (36%), en 13 se observaba un hígado nodular (52%), y en 3 esteatosis hepática (12%). Por endoscopia, se observaban 6 casos con varices (24%) y 2 con gastropatía de la hipertensión portal (8%).

24 pacientes recibieron Ácido Ursodesoxicólico (96%) y 8 Resinolestiramina (32%). Dos pacientes fallecieron (8%), uno de ellos por hepatocarcinoma y otros dos pacientes han sido trasplantados (8%).

#### CONCLUSIÓN

A pesar de que el seguimiento no es muy largo y la evolución de la enfermedad a corto plazo parece relativamente buena, preci-

sando un trasplante o falleciendo en muy pocos casos, más de la mitad de los pacientes tenían ya una cirrosis hepática en el momento del diagnóstico. Se debería intentar implicar más a los médicos de atención primaria en la detección precoz de estas pacientes con vistas a instaurar el único tratamiento médico disponible para esta enfermedad lo antes posible.

**-42-**

### ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON HEPATOPATÍA CRÓNICA AVANZADA/CIRRÓTICO HOSPITALIZADO

Rodríguez-Grau MC<sup>1</sup>, Martín-Peña G<sup>2</sup>,  
Moreno-Otero R<sup>1</sup>, Trapero-Marugán M<sup>1</sup>

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO<sup>1</sup> Y SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA<sup>2</sup>. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IP) Y CIBEREHD. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La malnutrición es una de las complicaciones más frecuentes de la hepatopatía crónica avanzada y se comporta como factor pronóstico independiente. La desnutrición proteico-calórica en los cirróticos tiene un origen multifactorial: ingesta reducida secundaria tanto a dietas restrictivas como a las náuseas y la saciedad precoz que produce la ascitis, anorexia asociada al alcoholismo y a ciertas citocinas anorexígenas como TNF, malabsorción relacionada con la enteropatía por hipertensión portal y la enfermedad colestásica junto con el déficit de glucógeno que presentan y que conduce a una gluconeogénesis aumentada por el estado hipermetabólico que sufren muchos de estos pacientes.

**OBJETIVOS.** Analizar la prevalencia de malnutrición y su probable interferencia en la evolución clínica de los pacientes con hepatopatía avanzada hospitalizados. Comparar los distintos métodos diagnósticos de malnutrición en esta cohorte de pacientes: valoración global subjetiva (SGA), valores analíticos e impedancia bioeléctrica.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** Estudio prospectivo descriptivo en pacientes hospitalizados en el Servicio de Aparato Digestivo de nuestro centro en el periodo de Enero a Abril de 2011. Se aplicaron los tres métodos para valorar malnutrición: impedancia bioeléctrica, SGA y valores analíticos. Se analizó la aparición de complicaciones secundarias a la hepatopatía así como la supervivencia global. La SGA muestra un sesgo, ya que los pacientes con cirrosis y ascitis tienen mayor IMC debido a este motivo, por lo que hemos utilizado puntos de corte diferentes según la presencia y gravedad de la misma. Se realizó además una encuesta nutricional, clasificando como adecuada, inadecuada o negligente la ingesta alimenticia.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 22 pacientes (edad media 64±13 años, 81,8% varones). La etiología más frecuente de la cirrosis fue el alcohol (50%), seguida por la infección por VHC (36,4%). La clasificación de MELD media fue 13,9±5,4. Un 40,9% de ellos presentó algún grado de malnutrición en los tres métodos diagnósticos. Doce pacientes (54,5%) sufrieron complicaciones derivadas de la hepatopatía: 3 infección (13,6%), 2 hepatocarcinoma (9,1%), 1 ascitis refractaria (4,5%), 1 síndrome hepatorenal (4,5%) y 1 falleció durante el ingreso (4,5%). Dos pacientes con malnutrición grave (33,3%) fallecieron en menos de 2 meses desde la inclusión en el estudio. La ingesta alimenticia de los pacientes según la encuesta nutricional fue: adecuada en un 28,6%, inadecuada en 52,4% y negligente en 19%.

#### CONCLUSIONES.

La malnutrición se halla presente en la mayoría de estos pacientes, siendo grave en un 31,8% según valores de laboratorio y en un

28,6% mediante la SGA. La ingesta alimenticia en estos pacientes no fue adecuada en 71,4%. La sensibilidad en cuanto a detección de malnutrición fue similar en la SGA y por datos bioquímicos.

-43-

### ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS B

*Karima Villena Moreno, Ricardo Pérez Flores, José María Moreno Planas, María Montealegre Barrejón, David Francisco García Núñez, Mabel Vargas Travagliani, Mercedes Garrido Martínez, Ponciano Martíenz Ródenas, Emilia Cascales Martínez, Ana Belén Galera Ródenas, Antonio Javier Velasco Valcárcel, Juan Mayor López.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

**INTRODUCCIÓN.** La Hepatitis Crónica por virus B es una entidad con grandes repercusiones en el mundo actual. Objetivos. Describir el perfil de los pacientes con Hepatitis Crónica por virus B en nuestro medio, así como los resultados obtenidos de su tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo realizado sobre una muestra de 104 pacientes diagnosticados de Hepatitis Crónica por virus B, en seguimiento en nuestras Consultas Externas.

**RESULTADOS.** Se incluyeron a 68 hombres y 36 mujeres de entre 17 y 89 años, con una media de edad de  $45.9 \pm 13.56$  años; de los cuales, un 48% eran portadores inactivos. Como comorbilidad reseñable asociada, un 16% presentaba cirrosis hepática y un 2% desarrolló un hepatocarcinoma. Se detectó un solo caso de infección crónica por VHC asociada y 3 por virus Delta. De los 45 tratados, se obtuvieron 22 seroconversiones a anti-HBe (48.8%) y 5 negativizaciones del HBsAg (11.1%). Las tasas de seroconversión y negativización fueron similares en los pacientes tratados con Lamivudina y Adefovir y superiores a las obtenidas con Interferón. El tratamiento con Entecavir no consiguió la negativización en los tratados, presentando tasas de seroconversión parecidas (50%).

**CONCLUSIONES.** En nuestro medio, la Infección Crónica por el VHB afecta más a hombres, en torno a 45 años, de los que un 48% son portadores inactivos. El tratamiento de la infección consigue tasas de seroconversión y negativización del virus que justifican su utilidad a largo plazo.

-44-

### CORRELACIÓN ENTRE LA HISTOLOGÍA HEPÁTICA Y LAS SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS A NIVEL INTRAHEPÁTICO EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS.

*García M, Vaquero L, Álvarez B, Pisabarras C, Ballesteros M1, Calleja S2, Díez R, Olcoz JL*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>1</sup> SECCIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. <sup>2</sup> SECCIÓN DE INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La esteatosis hepática se acompaña de un aumento en la resistencia a la insulina probablemente en relación con la presencia de adipocinas cuya secreción está inducida por el tejido adiposo y favorecida por la inclusión de macrófagos en el mismo. Algún estudio presenta la posibilidad de que la infiltra-

ción macrofágica no sea un elemento primario si no que puede existir una respuesta linfocitaria previa que favoreciera la aparición de los macrófagos. Las distintas subpoblaciones linfocitarias a nivel hepático en pacientes obesos mórbidos (y por tanto, en pacientes con una alta prevalencia de hígado graso) se desconoce en el momento actual.

**OBJETIVO.** Analizar la histología hepática y la relación existente entre las distintas subpoblaciones linfocitarias a nivel intrahepático en obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se incluyeron de manera prospectiva los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde noviembre 2010 hasta junio 2011 del Complejo Asistencial Universitario de León. Durante la intervención se obtuvieron 2 cuñas de tejido hepático. Una de ella fue analizada en Anatomía Patológica y otra fue procesada en el laboratorio de inmunología para obtener las distintas subpoblaciones linfocitaria mediante citometría de flujo.

**RESULTADOS.** Se analizaron un total de 20 pacientes con una media de edad de 45,75 años (26-61) siendo el 60% mujeres. Presentaban un HOMA de 9.7 (SD 6.37) y el IMC era de 45.79 (SD 5.91). De todos los pacientes, 9 de ellos presentaban un grado de esteatosis 0-1 (0=4 y 1=5), 11 grado 2-3 (2=5 y 3=6) y 2 de ellos fibrosis grado 1 y 2. Ninguno de nuestros pacientes presentaba EHNA.

En la biopsia hepática el porcentaje de linfocitos totales era mayor en aquellos pacientes con grado de esteatosis 2-3 que en aquellos con grado 0-1 (1.7444% vs 2.3727;  $p=0.038$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de linfocitos T, en los diferentes subgrupos de linfocitos T, en el porcentaje de linfocitos B, linfocitos NK ni linfocitos NKT. Tampoco hubo diferencias en el IMC según el grado de esteatosis pero si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al HOMA (5.37 vs 13.25;  $p=0.03$ )

#### CONCLUSIONES.

1.- La esteatosis hepática grado 2-3 se relaciona con un nivel de resistencia a la insulina mayor y con una mayor presencia de linfocitos a nivel del tejido hepático.

2.- La mayor presencia de linfocitos a nivel hepático pudiera ser un factor patogénico clave en el desarrollo de formas histológicas avanzadas de hígado graso no alcohólico.

-45-

### ILEITIS TERMINAL DE ETIOLOGÍA EXTRÍNSECA

*L. Vaquero Ayala, M. García Alvarado, B. Alvarez Cuenllas, C. Pisabarras, A. Miguel, E. del Pozo, D. López Cuesta, S. Vivas*

SERVICIO DE DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** Los cuerpos extraños en el tubo digestivo pueden representar un problema diagnóstico y de manejo. Provocan desde distinto grado de trauma local hasta perforación y daño a los órganos vecinos. Los localizados en el recto corresponden en el 65% a varones entre 30-40 años.

Presentamos el caso de un paciente que debuta con una clínica sugestiva de un proceso inflamatorio intestinal finalmente secundario a cuerpo extraño rectal.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 26 años, sin antecedentes, que comienza bruscamente con un dolor abdominal cólico, de 3 días de evolución, localizado en flanco y fosa iliaca izquierdos. Acompañado de fiebre y diarrea de 6 deposiciones/día sin productos patológicos. En la analítica presentaba 15300 leucocitos con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. La ecografía

abdominal informa de engrosamiento de sigma con importante reacción inflamatoria, y engrosamiento de los últimos 5cm del íleon terminal con afectación de la grasa adyacente y líquido libre alrededor. Al ingreso se inició tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol. Los coprocultivos fueron negativos. En la colonoscopia se detectó un palillo de comida enclavado en sus dos extremos en la unión rectosigma, tras extraerlo se observa salida de pus. El TC abdominal informa de engrosamiento en la zona afectada descartando la existencia de perforación o abscesos.

Tras la extracción endoscópica desapareció toda la sintomatología, sin presentar complicaciones posteriores. Reinterrogado el paciente, refería haber deglutido accidentalmente el palillo.

#### DISCUSIÓN

Para el diagnóstico de los cuerpos extraños rectales es necesario realizar una correcta anamnesis, una adecuada exploración física y pruebas de imagen radiológicas. Sin embargo, en ocasiones es muy complicado detectar su presencia, lo que retrasa su diagnóstico. En estas situaciones es posible la aparición de complicaciones como perforación intraperitoneal, sepsis, e incluso la muerte.

La extracción del cuerpo extraño depende de su localización y de la situación clínica del paciente. Aquellos que se observan desde el exterior se puede intentar la extracción manual previa anestesia local de la zona. La endoscopia puede ser útil para extraer los objetos situados en sigma o recto, evitando la cirugía. En los sujetos que presentan signos y síntomas de perforación debe realizarse cirugía de urgencia.

El principal punto de interés de nuestro caso viene dado por la aparición de un objeto extraño punzante en la unión recto-sigma, deglutido de manera inadvertida. Durante el recorrido por el tracto gastrointestinal es posible que provocara daños a nivel de la válvula ileocecal, originando una reacción inflamatoria local. Por esta razón se planteó como posibles diagnósticos diferenciales una EII, una ileitis terminal e incluso una gastroenteritis. Tras la realización de la colonoscopia se demostró el origen del cuadro clínico, que cedió tras la extracción endoscópica del palillo, sin presentar complicaciones posteriores.

-46-

### ENFERMEDAD DE WILSON: ESPECTRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA

*Ochoa Palominos, Alejandra; Ibañez Samaniego, Luis; Latorre Martínez, Raquel; Fernández Simón, Alejandro; Pajares Díaz, José; Catalina Rodríguez, María de la Vega; Clemente Ricote, Gerardo.*

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

La enfermedad de Wilson (EW) es un trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo del cobre (gen ATP7B) caracterizado por acumulación del mismo en distintos órganos, fundamentalmente hígado, cerebro, córnea y riñones. Presentamos dos formas diferentes de manifestación de la enfermedad hepática en sendos pacientes. Uno de ellos requirió trasplante hepático ortotópico (THO) urgente por fallo hepático fulminante (FHF), mientras que el otro ha presentado un curso crónico con cirrosis hepática descompensada. El objetivo de esta comunicación es mostrar las distintas formas de presentación de la EW y además exponer nuevas opciones de tratamiento como la diálisis de albúmina o las sales de zinc.

#### CASO CLÍNICO 1

Mujer de 29 años en estudio ambulatorio por hipertransaminasemia asintomática. Es trasladada a nuestro centro al presentar

descompensación edematoascítica de 15 días de evolución y aparición de ictericia en las últimas 24 horas con deterioro progresivo de la función hepática y renal y anemia hemolítica Coombs negativa. Ante la sospecha de enfermedad de Wilson se realiza exploración oftalmológica con lámpara de hendidura que visualiza incipiente anillo de Kayser-Fleischer. En analítica destaca: ceruloplasmina 2.75 mg/dl, cobre en orina 24 horas 400 $\mu$ g, hemoglobina 8.5 gr/dl, glucosa 76 mg/dl, ALT 18 UI/l, AST 80 UI/l, bilirrubina 35,4 mg/dl, fosfatasa alcalina 12 UI/l (ratio FA/Br <2), LDH 807 UI/l, INR 3.35, creatinina 3.4 mg/dl y urea 115 mg/dl. Se inicia tratamiento con diálisis de albúmina (Molecular Adsorbent Recirculating System [MARS]), presentando mejoría de los valores de bilirrubina y de la función renal aunque desarrollando encefalopatía hepática progresiva por lo que se decide su inclusión en lista de THO urgente, siendo trasplantada 24 horas después. La hepatectomía confirma el diagnóstico de EW (cirrosis micronodular, esteatosis macrovacuolar y depósitos de cobre intrahepatocitarios). La evolución postrasplante ha sido favorable.

#### CASO CLÍNICO 2

Mujer de 55 años con cirrosis hepática descompensada con hipertensión portal grave (GPVH 22.5 mmHg) secundaria a EW (cobre intrahepático 468  $\mu$ g/gr de peso seco) junto a afectación neurológica caracterizada por ataxia y neuropatía, con resonancia magnética cerebral compatible, en tratamiento con D-Penicilamina desde hace 3 años. Remitida a nuestro centro para valoración de THO por deterioro progresivo de la función hepática, encefalopatía hepática, toracoascitis derecha con criterios de empiema bacteriano espontáneo junto a fracaso renal agudo. Durante el ingreso se incluye en lista de THO (MELD 29) y se suspende el tratamiento con D-penicilamina ante el desarrollo de insuficiencia renal, sustituyéndose por acetato de zinc. En el seguimiento ambulatorio ha presentado estabilización de la enfermedad hepática (MELD 9) con normalización de la función renal, buena tolerancia a las sales de zinc sin aparición de efectos secundarios y mejoría de los síntomas neurológicos, por lo que se ha excluido de lista activa de THO.

#### DISCUSIÓN

El espectro clínico de la hepatopatía asociada a la EW es muy variable, pudiendo manifestarse desde hipertransaminasemia asintomática hasta FHF. Es importante realizar un diagnóstico precoz ya que el inicio del tratamiento en fases tempranas mejora el pronóstico. El THO corrige el trastorno metabólico primario por lo que es un tratamiento definitivo.

-47-

### REMISIÓN COMPLETA DE CÁNCER DE RECTO IRRESECCABLE TRAS RADIOTERAPIA

*Rocío Santos, Gonzalo Sanz, Carlos Cerdán, Inmaculada Domínguez, Mario Ortega, Fernando Jiménez, Cristina López, Marta Fernández-Nespral y Javier Cerdán.*

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL 2.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El carcinoma de recto es uno de los tumores más frecuentes en nuestro medio, con una incidencia de 44 casos/100.000 habitantes. El tratamiento está estandarizado y el uso de la quimiorradioterapia neoadyuvante está muy extendido, sin embargo la radioterapia postoperatoria, en nuestro medio, tiene unas indicaciones más limitadas. Presentamos un caso de cáncer de recto quirúrgicamente irreseccable, que se trató con radioterapia de forma paliativa, lográndose la desaparición completa del tumor.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Varón de 84 años de edad con antecedentes de cáncer vesical en 1998. En 2005 presenta rectorragia y síndrome constitucional por neoformación en recto distal estadio uT4N1. RMN: infiltración de vesícula seminal izquierda, próstata y sacro. Se interviene siendo el tumor irreseccable, realizando colostomía terminal y radioterapia postoperatoria. En el TC abdominal posterior hay una clara disminución de la lesión y en la última colonoscopia (2010) no existe ninguna zona patológica a nivel del muñón rectal. El paciente está asintomático y con marcadores normales. Se plantea reconstrucción del tránsito, pero dada su edad, el paciente no acepta.

**RESULTADOS.** La supervivencia del cáncer de recto a los 5 años es del 70% aproximadamente, siendo mucho menor en los tumores localmente avanzados (T4N1-2Mx). Ésto es debido a una correcta estadificación preoperatoria, una adecuada resección de la lesión, un abordaje terapéutico multidisciplinar y a la terapia adyuvante, que produce beneficios en el 15% de los enfermos en estadio III (nuestro caso es un estadio IIIb). En el carcinoma de recto irreseccable, la radioterapia mejora el pronóstico, llegando en escasas ocasiones a la remisión completa del tumor.

#### CONCLUSIONES

La cirugía es la base del tratamiento del cáncer de recto y el principal factor influyente en los índices de recidiva y supervivencia.

La radioterapia, utilizada fundamentalmente como tratamiento neoadyuvante, puede utilizarse de forma paliativa en tumores irreseccables, llegándose en ocasiones, aunque sea excepcionalmente, a lograr la desaparición completa del tumor, como acontece en nuestro caso 6 años después de administrado el tratamiento.

-48-

### ABSCESO HEPÁTICO DE ORIGEN INFRECUENTE.

C. López Ramos, P. Fradejas Salazar, C. Bailador Andrés, S. Rodríguez Gómez, P. Conde Gacho, E. Martín Garrido, L. Julián Gómez, A. Fuentes Coronel, A. Pérez Villoria.

SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA).

**INTRODUCCIÓN.** Los abscesos hepáticos representan el 13% de los abscesos abdominales. La incidencia ha aumentado por el empleo de inmunosupresores, manejo más agresivo de enfermedades hepatobiliares y eficacia diagnóstica de las técnicas de imagen, siendo fundamental la sospecha clínica. Las causas más frecuentes son: infecciones biliares, diverticulitis, úlcera péptica perforada, neoplasias malignas gastrointestinales, enfermedad inflamatoria intestinal y peritonitis. La penetración por cuerpo extraño es una causa muy infrecuente. Presentamos un caso de rara localización.

**DESCRIPCIÓN.** Mujer de 69 años hipertensa y diabética, que acude por dolor abdominal, diarrea líquida sin productos patológicos, vómitos y fiebre. A la exploración: consciente, t° 38,9°C. Abdomen: blando, doloroso en hemiabdomen derecho sin irritación peritoneal. En analítica: neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal: datos de esteatosis. En TC abdominal: en segmento V hepático se aprecia absceso de 3 x 2 cm e imagen hiperdensa que se extiende hacia duodeno de densidad metálica. Se realiza gastroscopia donde se visualiza cuerpo extraño (hueso) impactado en primera rodilla duodenal sobre mucosa edematosa, abscesificada y con salida de pus, procediendo a la extracción del mismo con pinza, objetivándose en revisión posterior orificio con salida espontánea de pus. Se consulta con Cirugía decidiendo intervención quirúrgica.

#### DISCUSIÓN

Las perforaciones del intestino por cuerpo extraño son poco frecuentes, ya que la mayoría de ellos, si atraviesan el esófago, recorrerán todo el tracto gastrointestinal hasta su expulsión. La ingesta accidental es más frecuente en niños, patología mental o alcoholismo, así como uso de dentaduras. Es debida a objetos que al recorrer una zona estrecha quedan impactados produciendo una reacción inflamatoria local con disrupción de la mucosa, lo que facilita el paso de bacterias produciendo un foco de infección que al progresar origina perforación de la pared con una cavidad abscesificada. Para su diagnóstico las técnicas de imagen se consideran indispensables. La extracción endoscópica es segura cuando se trata de impactaciones no complicadas y puede ser útil la colocación de clips para la reparación del defecto de la pared del tubo digestivo de forma definitiva o como paso previo a la cirugía, siendo ésta necesaria cuando se visualiza una fístula con pus.

-49-

### ISQUEMIA GÁSTRICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Pablo Miranda García, Enrique de la Fuente Fernández, Jorge Mendoza Jiménez-Ridruejo.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La isquemia gástrica es un cuadro clínico poco frecuente, aunque en los últimos años ha aumentado el número de casos descritos. La etiología es en la mayoría de los casos aterotrombótica. El síntoma principal es el dolor abdominal. El diagnóstico y el tratamiento precoces son fundamentales para cambiar la historia natural de la enfermedad.

#### CASO CLÍNICO-ENDOSCÓPICO

Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2. Cardiopatía isquémica tipo IAM no Q. Anemia crónica ferropénica por pérdidas digestivas. Accidentes isquémicos cerebrales transitorios de repetición. Neuropatía diabética. Varios ingresos por hemorragia digestiva baja por divertículos y angiodisplasias cólicas.

Acudió a urgencias por hematoquecia y dolor abdominal intenso, de predominio epi-mesogástrico. No fiebre. No dolor torácico. No disnea. Se encuentra estable hemodinámicamente, pero presentaba palidez cutánea y taquipnea. El abdomen tiene ruidos hidro-aéreos normales, es blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, con mayor focalidad en hemiabdomen derecho sin signos de peritonismo. En el tacto rectal se objetivaron heces hematoquecicas.

Analíticamente destaca hemoglobina de 7,6 g/dL. Leucocitos: 15.190. Amilasa y CPK normales.

Ante la presencia de dolor abdominal intenso y hematoquecia se decidió realizar gastroscopia. La mucosa que ocupaba la curvatura menor gástrica (superficie aproximada de 3x11 cm.), a lo largo de todo el cuerpo y antro gástricos, se encuentra muy pálida, adelgazada, con hemorragias subepiteliales, y bordes geográficos, hallazgos compatibles con isquemia gástrica.

La paciente presentó una mala evolución clínica, falleciendo a las 24 horas.

#### DISCUSIÓN

Para que se produzca isquemia gástrica es necesario que se ocluyan al menos dos grandes vasos espláncnicos. Esto puede ser debido a la rica vascularización proveniente de ramas del tronco celiaco y arteria mesentérica superior, con múltiples anastomosis y

colaterales. Las vasculitis o estados protrombóticos pueden ser causas más raras del cuadro. Los hallazgos endoscópicos son muy variados. Lo más frecuente es la presencia de ulceraciones geográficas antrales múltiples de fondo fibrinado, por lo demás inespecíficas. En casos agudos graves se pueden apreciar áreas de mucosa necrótica o enfisema submucoso. El estudio histológico muestra frecuentemente gastritis inespecífica, por lo que su utilidad radica en descartar etiología infecciosa y neoplásica. El diagnóstico definitivo se debe realizar con técnicas de imagen específicas para el estudio vascular (angioTAC, angioRM o angiografía diagnóstica y/o terapéutica) que demostrarán la obstrucción significativa de al menos dos vasos espláncnicos mayores.

**-50-**

### TUMOR DE ABRIKOSOFF ESOFÁGICO

E. Cascales Martínez<sup>1</sup>, P. A. Rivera Vaquerizo<sup>1</sup>,  
M. Montealegre Barrejón<sup>1</sup>, M. Vargas Travaglini<sup>1</sup>,  
D. F. García<sup>1</sup>, M. Garrido<sup>1</sup>, K. Villena<sup>1</sup>, R. Vera<sup>2</sup>, J. M. Barajas<sup>1</sup>,  
M. Vicente Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Mayor López<sup>1</sup>, N. Martínez López<sup>1</sup>,  
J. M. Moreno Planas<sup>1</sup>, R. Pérez Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup>SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

**INTRODUCCIÓN.** El tumor de células granulares, también llamado tumor de Abrikosoff, es una rara neoplasia de origen neuroectodérmico que puede aparecer en múltiples localizaciones, siendo la traqueobronquial la más frecuente. El tracto digestivo es uno de los lugares con menor número de casos, encontrándose la mayoría en esófago, aunque también pueden encontrarse en colon, recto, estómago, apéndice, intestino delgado o tracto biliar-pancreático. Es más frecuente en mujeres, entre los 40 y 60 años. La mayoría son benignos, encontrándose un 2% de formas malignas.

**CASO CLÍNICO 1.** Varón de 37 años, remitido para realización de gastroscopia por dispepsia. En tercio distal esofágico se observa una lesión polipoidea blanquecina de aproximadamente 7 mm, indurada, sugestiva de tumor de Abrikosoff. Se toman biopsias, en las que se observa mucosa escamosa con proliferación de células en lámina propia de citoplasma eosinófilo, amplio y granular, sin atipia. Con técnicas de inmunohistoquímica las células son positivas para la proteína S100, vimentina y enolasa, y negativas para ae1/ae3, compatible con TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES. Se realiza ecoendoscopia, observándose una lesión hipoecogénica de unos 5-7 mm, dependiente de la musculares mucosae, que desplaza la submucosa. Se decide tratamiento endoscópico por deseo del paciente, realizándose resección con mucosotomía.

**CASO CLÍNICO 2.** Varón de 48 años, derivado para realización de gastroscopia por pirosis. En tercio medio esofágico hay un área de unos 3 mm, levemente sobrelevada, amarillenta, de aspecto vulcanoide que se biopsia. Anatomopatológicamente se observa proliferación en lámina propia de células de citoplasma pálido y amplio sin atipia, que inmunohistoquímicamente son positivas para la proteína S100, vimentina y enolasa y negativas para ae1/ae3, compatible con TUMOR DE CÉLULAR GRANULARES. Se realiza ecoendoscopia que muestra lesión subepitelial hipoecoica, dependiente de la 2ª capa, de unos 3 mm, que desplaza la 3ª capa. Se decide tratamiento conservador con controles endoscópicos.

#### DISCUSIÓN

La mayoría de estos tumores son asintomáticos y su hallazgo es casual. Son lesiones de base amplia con mucosa normal de tinte rosáceo o amarillento y consistencia elástica algo indurada. Su tamaño es variable y aparecen como lesiones hipo-isoecogénicas

en el estudio ecoendoscópico, imprescindible para valorar afectación extramural y en que capa se originan. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, observándose células granulares eosinófilas, positivas para la proteína S100, vimentina y enolasa. El tratamiento debe individualizarse y depende de la benignidad, recomendándose vigilancia o resección endoscópica, reservándose la cirugía para casos de malignidad o contraindicación para resección endoscópica.

**-51-**

### HERNIA PARAESOFÁGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Dra Sardiña Tabares A<sup>1</sup>, Dr Casals Seoane F<sup>2</sup>, Dr Álvarez Malé T<sup>3</sup>,  
Dr Miranda García P<sup>4</sup>, Dr Mendoza J<sup>5</sup>, Dr Cantero Perona J<sup>6</sup>

<sup>1</sup>RESIDENTE 2º AÑO GASTROENTEROLOGÍA. <sup>2</sup>RESIDENTE 3º AÑO GASTROENTEROLOGÍA. <sup>3</sup>RESIDENTE 4º AÑO GASTROENTEROLOGÍA. <sup>4</sup>RESIDENTE 4º AÑO GASTROENTEROLOGÍA. <sup>5</sup>MÉDICO ADJUNTO SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. <sup>6</sup>JEFE DE SECCIÓN DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

La hernia hiatal es una entidad que con frecuencia se diagnostica en los servicios de Endoscopia Digestiva, pese a que en ocasiones, en el caso de las hernias por deslizamiento, existe un sobre-diagnóstico de las mismas, se estima que esta entidad tiene una incidencia de un 5% en los países occidentales, siendo más frecuentes a partir de la cuarta-quinta década de la vida. Existen tres tipos de Hernias de Hiato: Tipo I: por deslizamiento, Tipo II: Paraesofágica y Tipo III: Mixtas.

Las hernias paraesofágicas son una entidad de diagnóstico poco frecuente en los Servicios de Endoscopia, representando menos de un 5% de las hernias de hiato diagnosticadas. Se caracteriza por el paso al tórax de la tuberosidad mayor del estómago, seguida en ocasiones del cuerpo gástrico, bazo y ángulo esplénico del colon. Su mecanismo de producción tiene como base una debilidad/defecto de la membrana freno-esofágica, manteniéndose la unión esofagogastrica en su sitio.

Aunque muchas pueden cursar de manera asintomática, la gran mayoría presentan síntomas variados como la plenitud postprandial, vómitos/regurgitación, disfagia, acidez/pirosis, dolor torácico, anemia, etc. El diagnóstico se realiza mediante estudios radiológicos y endoscópicos. El estudio radiológico contrastado diagnostica la hernia paraesofágica en prácticamente todos los pacientes y se considera la herramienta más útil para la confirmación de dicha patología. Aún para un endoscopista experimentado esta entidad puede pasar desapercibida durante la esofagogastroduodenoscopia.

La complicación más temida de las hernias paraesofágicas consiste en la aparición de un vólvulo gástrico, no obstante también pueden presentarse hemorragias digestivas altas, afectaciones pulmonares por broncoaspiraciones crónicas o por el efecto masa en la cavidad torácica, etc. Su tratamiento es quirúrgico, por la historia natural de la enfermedad, que tiende a progresar con el tiempo (aumento de tamaño) y al riesgo de complicaciones ya mencionadas, que se pueden presentar hasta en un 40% de los casos (aunque informes recientes mencionan una incidencia de complicaciones mucho menor).

El siguiente caso clínico se trata de un varón de 69 años de edad con antecedentes de Acalasia Vigorosa intervenido, por laparoscopia, de Miotomía de Heller y funduplicatura de Toupet (2006) que consulta por cuadros recurrentes de dolor torácico, retroesternal de 5 años de duración. Se realiza manometría esofágica donde se descarta la presencia de obstrucción esófago-gástrica con correcta relajación del esfínter esofágico inferior. Después de descartar las

otras posibles causas de dolor torácico retroesternal, incluyendo las causas cardiovasculares, es derivado al Servicio de Endoscopia donde se realiza Esofagogastroduodenoscopia. En la Endoscopia, durante la maniobra de retrovisión se observa, localizado en paralelo y anterior al cardias, orificio diafragmático por donde se desliza el fondo gástrico. Se introduce el endoscopio a través del mismo y se comprueba la existencia de mucosa gástrica de características normales. Estos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de una hernia paraesofágica, lo cual explica la sintomatología del paciente.

-52-

### FÍSTULA AORTOENTÉRICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE SANGRADO DIGESTIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Mercedes Garrido Martínez, Ángel Martínez Monsalve, María Montealegre Barrejón, Mabel Vargas Travaglini, David Francisco García Nuñez, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Rodenas, Mar Blasco Colmenarejo.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

**INTRODUCCIÓN.** La fístula aortoentérica (FAO) es una causa rara de sangrado digestivo y se asocia a una alta mortalidad. La causa más frecuente es la secundaria a cirugía aórtica por aneurisma. Otras causas son por aneurisma aterosclerótico, enfermedad ulcerosa, postradiación y aneurismas infecciosos (Salmonella, Klebsiella, TBC y Sífilis). Presentamos un caso de sangrado digestivo por fístula aortoentérica primaria de causa infecciosa como ejemplo de hemorragia digestiva inusual.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 66 años hipertenso, con insuficiencia renal crónica, hiperplasia benigna de próstata y cólicos renales de repetición. Apendicectomizado. Estaba siendo estudiado en un centro privado por incidentaloma preaórtico en una TC. Acude a Urgencias por cuadro presincojal seguido de un episodio de rectorragia. A la exploración física hemodinámicamente estable, abdomen blando y depresible, sin masas, no doloroso, con ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal con restos hemáticos rojos y sin evidencia de masas. Resto de exploración física normal. Contenido de sonda nasogástrica bilioso. Exploraciones complementarias: hemoglobina 12'9g/dl, Urea 92mg/dl y Cr 2'7mg/dl, resto normal. En observación no presenta signos de sangrado y estando hemodinámicamente estable es ingresado a cargo del Servicio de Digestivo, presentando a las 2 horas hipotensión marcada, taquicardia y episodio de hematemesis, por lo que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizan 4 gastroscopias de urgencia, objetivándose una hernia de hiato, abundantes restos hemáticos frescos, con coágulos en fundus y bulbo duodenal que se movilizan, sin filiarse el origen del sangrado. Ante la inestabilidad hemodinámica se somete al paciente a laparotomía exploradora, encontrándose masa preaórtica que comunica ampliamente con la 3ª porción duodenal. Tras abordaje de la misma presenta sangrado masivo, hipotensión y PCR requiriendo transfusión masiva y resucitación. Se realiza clampaje de aorta infrarrenal, bypass axilobifemoral y cierre del muñón duodenal. Durante el postoperatorio presenta rabdomiolisis, síndrome de distrés multiorgánico, y fiebre, tratándose con antibioterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico. Las biopsias intraoperatorias son positivas para Klebsiella pneumoniae, Enterococcus faecium y Actinomyces. A los 9 días es dado de alta de la UCI con el diagnóstico de fístula aortoentérica primaria de origen infeccioso, con buena evolución y posterior alta a domicilio.

**DISCUSIÓN.** La FAO es una comunicación entre la aorta abdominal y el intestino, frecuentemente en la 3ª porción duodenal. Debido a su alta mortalidad de hasta un 80% y a su infrecuencia, debe siempre sospecharse ante un sangrado digestivo no filiado o con el antecedente de cirugía aórtica. Además se debe actuar con rapidez. Se puede llegar al diagnóstico por TC, arteriografía o por endoscopia (punto rojo pulsátil), pero desgraciadamente la mayoría se diagnostican postmortem o en quirófano. El caso presentado es reseñable por tener una causa extremadamente inusual y por el buen desenlace que presentó.

-53-

### NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL ÚLTIMO AÑO.

Serrano Sánchez L<sup>1</sup>, Palomo Sánchez JC<sup>2</sup>, Jimeno Ayllón C<sup>1</sup>, Martínez Fernández R<sup>1</sup>, Pérez García JI<sup>1</sup>, Morillas Ariño J<sup>1</sup>, Gómez Ruiz CJ<sup>1</sup>, Viñuelas Chicano M<sup>1</sup>, Pérez Vígara G<sup>1</sup>, García-Cano Lizcano<sup>1</sup>, Pérez Sola A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup>SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL GENERAL VIRGEN DE LA LUZ. CUENCA.

**INTRODUCCIÓN.** Las neoplasias quísticas primarias del páncreas son tumores poco frecuentes (prevalencia del 10-15%). La neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) se caracteriza por una dilatación difusa del Wirsung y/o sus colaterales con hipersecreción de mucina, considerándose lesiones premalignas.

Presentamos 3 casos de NIPM de nuestro hospital el último año.

#### CASOS CLÍNICOS

**1º.-** Mujer 76 años, en un TC control como seguimiento de un carcinoma epidermoide vulvar: Lesión en cabeza pancreática, con dilatación del Wirsung. Posteriormente se realiza una ecoendoscopia superior más PAAF (USE-PAAF) con diagnóstico de: Posible NIPM de páncreas. Se realiza tratamiento mediante pancreatectomía distal + esplenectomía, confirmando el diagnóstico de NIPM. Se completó tratamiento con radioterapia+quimioterapia adyuvante.

**2º.-** Mujer 67 años, con epigastralgia de 3 meses y pérdida de peso no cuantificada. Se realiza EUS observándose en cola de páncreas una lesión poliquística, Wirsung no dilatado, sugestiva de NPMI. Se confirman los hallazgos mediante realización de TAC y colangio-RMN. Se realiza tratamiento quirúrgico con pancreatectomía distal+esplenectomía. La histología determina el diagnóstico de NIPM.

**3º.-** Varón 47 años, con dolor en fosa ilíaca izquierda de 3 días más vómitos. Se realiza TAC: masa sólida en cuerpo pancreático sin dilatación del Wirsung. Se realiza posteriormente EUS y RMN abdominal que confirman dichos hallazgos. Se trata mediante pancreatectomía corpocaudal sin esplenectomía; con diagnóstico histológico final NIPM.

#### DISCUSIÓN.

La mayoría de las NIPM se originan en el Wirsung, a nivel de la cabeza pancreática extendiéndose a lo largo del conducto pancreático principal.

Su estudio histológico revela un epitelio que puede mostrar áreas que van desde la hiperplasia al carcinoma. La frecuencia de malignidad se encuentra alrededor del 70%. La etiología es incierta, sin haberse identificado ningún patrón de herencia de predisposición genética.

Afecta igual a varones y mujeres con una edad mediana de diagnóstico de 65 años. El 75% de los pacientes son sintomáticos,



destacando el malestar abdominal y la pérdida de peso. Es frecuente identificar en estos pacientes episodios previos de pancreatitis aguda o pancreatitis crónica. Las formas asintomáticas se identifican de forma accidental.

El diagnóstico se realiza fundamentalmente con el análisis del CEA en el líquido del quiste y pruebas de imagen, adquiriendo una mayor relevancia diagnóstica en estos últimos años la USE (con/sin PAAF).

El tratamiento fundamental es la cirugía (pancreatectomía con/sin esplenectomía) y lo que permite llegar al diagnóstico histológico definitivo.

**-54-**

### TRATAMIENTO CON COCA-COLA PARA BEZOAR GÁSTRICO.

*Alonso Lablanca M, Rodríguez Sánchez-Migallón J,  
De La Santa Belda E, Olmedo Camacho J, Lorente Poyatos R,  
López Viedma B, Olivencia Palomar P, Martín Escobedo R,  
Patón Arenas R, Rodríguez Sánchez E*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

**INTRODUCCIÓN.** Los bezoares son concentraciones de material no digerible, retenido en el tracto gastrointestinal, más frecuentemente en estómago, aunque puede presentarse desde esófago hasta recto. Pueden estar compuestos por cualquier sustancia, incluyendo pelos, comida y medicación. Suelen presentarse en pacientes con alguna anomalía en la motilidad intestinal, o en pacientes con antecedentes de cirugías gástricas. El tratamiento suele ser médico, tratando de deshacer el bezoar, aunque en algunas ocasiones es necesaria la cirugía.

#### CASO CLÍNICO.

Paciente mujer de 34 años con antecedente de hipomotilidad de los plexos mientéricos, diagnosticada desde los 7 años, intervenida en 1999 de funduplicatura gástrica por estenosis péptica a la que se realizan varias dilataciones endoscópicas sin éxito. Paciente acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y vómitos desde hace aproximadamente 7 días. En analítica se observan datos de desnutrición, y en radiografía de abdomen se observa cámara gástrica ocupada completamente por bezoar, y dilatación de asas de intestino delgado, sin datos de sufrimiento de asas. En TAC abdominal se observa cámara gástrica ocupada por bezoar gástrico. Se inicia tratamiento con enzimas proteolíticas, acetilcisteína y procinéticos sin mejoría a las 48 horas, por lo que se decide iniciar tratamiento con coca-cola, 3 litros al día, y al séptimo día se realiza esofagogastroscoopia, en la cual sólo se observan algunos restos de bezoar, sin datos de obstrucción. Se decide alta y tratamiento profiláctico con coca-cola, 33 ml al día.

#### DISCUSIÓN

El tratamiento de los bezoares gástricos suele ser médico, salvo los pacientes que presenten complicaciones y se deban intervenir quirúrgicamente. Dada la capacidad disolvente de la coca-cola, por su acción mucolítica y por el ácido carbónico hace que las burbujas penetren en la superficie del bezoar y ayuden a su digestión. Se trata de un tratamiento sencillo y económico, que en algunas ocasiones puede evitar la intervención quirúrgica. La paciente actualmente se mantiene estable y sin clínica obstructiva.

**-55-**

### OBSTRUCCIÓN DE ÍLEON TERMINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Alonso Lablanca M., Rodríguez Sánchez-Migallón J., Adán  
Alonso M., Bohumidi A., López Viedma B., Lorente Poyatos R.,  
De La Santa Belda E., Olivencia Palomar P., Patón Arenas R.,  
Olmedo Camacho J., Rodríguez Sánchez E.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

**INTRODUCCIÓN.** La afectación de la endometriosis al tracto digestivo es infrecuente, aunque es una patología con alta prevalencia en mujeres jóvenes. Los casos descritos de obstrucción intestinal son pocos, aunque son menos frecuentes aquellos que afectan al íleon terminal, siendo más frecuente la afectación de recto-sigma. Presentamos un caso clínico de paciente sin antecedentes de interés, que acude a urgencias con cuadro de obstrucción intestinal.

**CASO CLÍNICO.** Paciente mujer de 43 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico difuso, que se acompaña de vómitos desde hace 24 horas. Dada de alta 24 horas previas por supuesto cuadro de rotura folicular. No presenta fiebre, no alteración del ritmo intestinal. En analítica de ingreso no se observan alteraciones reseñables. En Rx abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado, sin datos de sufrimiento de asas. Paciente se mantiene en observación hospitalaria y tratamiento de soporte (superoterapia y medidas de descompresión), sin clara mejoría clínica ni radiológica a las 24 horas, por lo que se realiza TAC abdominal donde se observa zona de estenosis a nivel de íleon terminal con dilatación de asas de intestino delgado y ligera cantidad de líquido libre. Con éstos hallazgos realizamos ileo-colonoscopia con la sospecha de EII, donde se observan úlceras superficiales, sin estenosis de la luz. Iniciamos tratamiento con corticoides bajo sospecha de EII, sin buena respuesta tras varios días de tratamiento, por lo que se decide intervención quirúrgica con resección de íleon terminal y anastomosis término-terminal. En la pieza quirúrgica, se observan focos de endometriosis que afectan la capa muscular propia y serosa, y que condicionan cambios fibrosos y adherencias en la serosa. No alteraciones sugestivas de EII. Tras la resección paciente se encuentra estable, en tratamiento con análogos de GnRh y seguimiento en Servicio de Ginecología.

#### DISCUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad frecuente, aunque su afectación al tracto gastrointestinal es infrecuente, y aún más son los cuadros obstructivos secundarios a ésta.

Debemos sospecharla en mujeres en edad fértil, que presenten cuadros subocclusivos, y ante la sospecha de EII.

**-56-**

### OBSTRUCCIÓN GASTRODUODENAL-SÍNDROME DE BOUVERET EN RELACIÓN CON NEOPLASIA DE VESÍCULA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Alonso Lablanca M, Olivencia Palomar P, Lorente Poyatos R,  
Patón Arenas R, Olmedo Camacho J, Hernández Albújar A,  
Domper Bardají F, De La Santa Belda E, López Viedma B,  
Rodríguez Sánchez-Migallón J, Verdejo Gil C,  
Martín Escobedo R, Rodríguez Sánchez E.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Bouveret consiste en la migración de cálculos biliares a través de una fístula colecistoentérica,

produciéndose una obstrucción de la salida gástrica. Es un síndrome poco frecuente que suele presentarse en mujeres de edad avanzada.

**CASO CLÍNICO.** Presentamos el caso de una mujer de 86 años con antecedentes de coleditiasis, que acude al servicio de urgencias por dolor dorsolumbar de 3 meses de evolución, vómitos de 7 días e intolerancia oral absoluta en las últimas 48 horas. Asimismo refiere deposiciones de características melénicas. Tras estabilización hemodinámica, se realiza esofagogastroscoopia visualizándose un estómago de retención y una obstrucción a nivel de 2ª porción duodenal en relación con cálculo biliar a ese nivel. Con el diagnóstico endoscópico de obstrucción duodenal secundaria a síndrome de Bouveret se realiza TAC abdominal visualizándose una gran colección con burbujas aéreas a nivel vesicular con engrosamiento de la pared de 2ª porción duodenal por probable fístula bilioentérica. Gran absceso hepático adyacente a lecho vesicular de unos 8 cm. Con estos hallazgos se realiza intervención quirúrgica urgente visualizándose una fístula colecistoduodenal, fístula colecistocólica, absceso hepático y una masa pétreo en vesícula biliar de posible origen neofornativo. Se realiza duodenectomía, resección ileocólica, colecistectomía, resección de segmentos hepáticos IV y V, reconstrucción hepaticoyeyunostomía y gastroyeyunostomía. El informe anatomopatológico confirma la existencia de un adenocarcinoma poco diferenciado de vesícula biliar grado 3, ulcerado y que infiltra toda la pared, así como el lecho hepático y el colon derecho. La evolución postquirúrgica fue tórpidamente complicada por infecciosas y tromboticas, produciéndose el deceso dos meses después de la cirugía.

#### COMENTARIOS

El síndrome de Bouveret es una obstrucción gastroduodenal secundaria a un cálculo migrado desde la vesícula a través de una fístula bilioentérica. En esta paciente se realiza de entrada una esofagogastroscoopia al presentar vómitos y HDA en forma de melenas, sospechándose una patología péptica. El hallazgo de un cálculo obstruyendo el duodeno nos orienta hacia la existencia de una fístula colecistoentérica, lo cual parece confirmarse con los hallazgos del TAC. Con este diagnóstico es obligada la realización de cirugía urgente. Sin embargo, los hallazgos quirúrgicos ponen de manifiesto la existencia de un adenocarcinoma de vesícula con extensión hepática, intestinal y colónica. La cirugía fue agresiva en un intento de reseca toda la lesión, así como resolver la obstrucción. Se trata de una patología que suele presentarse en pacientes mayores y en la que es importante un diagnóstico temprano para realizar una intervención quirúrgica urgente que resuelva la obstrucción gastroduodenal.

**-57-**

### METÁSTASIS INTESTINAL Y RETROPERITONEAL DE MELANOMA MALIGNO.

*Vargas García Alba Luz, Herrero Quiros Cesar, Peñas Herrero Irene, Sancho Del Val Lorena, Ruiz Zorrilla Rafael, Lorenzo Pelayo Sara, Herranz Bachicher María Teresa, Caro-Patón Agustín*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

Paciente de 25 años de edad con cuadro de dolor abdominal tipo cólico de 3 semanas de evolución, náuseas, vómitos, hiporexia, pérdida 7kg de peso. Antecedentes de melanoma costal derecho, intervenido quirúrgicamente y tratamiento posterior con QT. Exploración física, distensión abdominal, dolor a la palpación en flanco derecho sensación de masa en la misma zona. Se realiza ecografía abdominal, evidenciándose masa retroperitoneal de 10x7cm que desplaza el estómago sin infiltrarlo. TAC abdominal

con engrosamiento concéntrico mural de varios segmentos de asas de delgado, numerosas adenopatías mesentericas y retroperitoneales compatibles con infiltración neoplásica. Ecoendoscopia, neofornación retroperitoneal realizándose PAAF transgástrica positiva para células malignas compatibles con metástasis de melanoma maligno. Durante el ingreso se inicia nutrición parenteral por intolerancia oral, la cual se retira posteriormente iniciándose alimentación oral. El paciente es seguido por el servicio de oncología, derivándose posteriormente a unidad de cuidados paliativos, presentando mala evolución y fallecimiento un mes después de su diagnóstico.

El melanoma maligno es un tumor con alta capacidad de generar metástasis a cualquier órgano. El tracto gastrointestinal es el octavo sitio en frecuencia de enfermedad metastásica del melanoma maligno. Las manifestaciones clínicas y radiológicas de las metástasis gastrointestinales, son similares a las descritas en tumores primarios y otros tumores metastásicos de intestino delgado.

El melanoma maligno del tracto gastrointestinal puede ser primario o metastásico. Las metástasis a distancia del melanoma maligno pueden afectar todos los órganos, con una frecuencia variable: pulmón, piel, ganglios linfáticos, hígado (del 14% al 20%), sistema nervioso central, huesos, tracto gastrointestinal (del 1% al 8%), páncreas (3%), pleura, glándulas adrenales, riñón, corazón y tiroides. El melanoma metastásico que compromete el tracto gastrointestinal tiene una predilección por el intestino delgado (71%), seguido por el estómago (27%), el colon (22%) y el esófago (5%). El intervalo entre el diagnóstico del melanoma maligno primario y la detección de enfermedad metastásica es variable (de 2 a 180 meses).

El estudio de los pacientes que tengan historia previa de melanoma sin evidencia de enfermedad sistémica que presenten síntomas gastrointestinales, debe incluir evaluación radiológica y endoscópica considerando siempre que el diagnóstico diferencial más importante a descartar deben ser las metástasis intestinales. Los estudios endoscópicos son muy útiles para evaluar colon y estómago especialmente por la posibilidad de realizar biopsias o PAAF bajo visión directa de las lesiones. También se puede recurrir al ultrasonido, ecoendoscopia y la tomografía computarizada como estudios complementarios para evaluar lesiones hepáticas, linfonodulares, que no se visualizarían con otros métodos.

**-58-**

### EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL TRAS HISTERECTOMÍA RADICAL MAS RADIOTERAPIA.

*Inmaculada Domínguez, Rodrigo Sanz, Carlos Cerdán, Cristina López, Marta Fernández-Nespral, Mario Ortega, Javier Cerdán*

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La evisceración vaginal es una entidad rara, y excepcional si se produce tras una histerectomía radical, existiendo únicamente 4 casos descritos en la literatura anglosajona.

**CASO CLÍNICO.** Se presenta el caso de una paciente de 51 años con antecedente de cáncer de cérvix uterino tratado mediante intervención de Wertheim-Meigs (histerectomía radical más linfadenectomía) por laparotomía en septiembre de 2010. La anatomía patológica definitiva indicó que el tumor estaba en un estadio pT1b1 pN1 M0. Fue remitida al Servicio de Oncología Médica, donde se indicó tratamiento con radioterapia adyuvante.

La paciente recibió una dosis total de 45 Gy mediante radioterapia isométrica externa y posteriormente se indicó braquiterapia

de alta dosis (HDR), administrada mediante colpostatos vaginales con una dosis de 5.5 Gy por sesión. En la segunda dosis de braquiterapia se apreció al colocar los colpostatos una dehiscencia de la cicatriz de colectomía con evisceración a través de la misma de asas intestinales, motivo por el que se consulta a nuestro Servicio. Se decidió ingreso para tratamiento quirúrgico programado dada la estabilidad clínica de la paciente.

**RESULTADOS.** Se realizó tratamiento quirúrgico mediante laparotomía media infraumbilical. Se aprecian asas intestinales con signos de enteritis rídica adheridas a vagina que corresponden a íleon. Liberación de asas intestinales, observando apertura completa de cúpula vaginal. Disección de pared vaginal anterior y posterior. Sutura y cierre primario con material reabsorbible. Epiploplastia. Evolución favorable con alta al quinto día postoperatorio.

#### CONCLUSIONES

La evisceración vaginal posthisterectomía radical es una entidad clínico-patológica excepcional.

Su etiología es debida fundamentalmente al tratamiento radioterápico con altas dosis, lo cual hace que se produzca fibrosis, isquemia o necrosis de los tejidos pélvicos, incluida la pared vaginal.

Es importante, en su reparación, interponer tejido bien vascularizado, como el epiplon, no existiendo por lo demás, grandes dificultades técnicas en la misma.

---

**-59-**

### ILEITIS TERMINAL DE ETIOLOGÍA EXTRÍNSECA.

L. Vaquero Ayala, M. García Alvarado, B. Alvarez Cuenllas,  
C. Pisabarras, A. Miguel, E. del Pozo, D. López Cuesta,  
S. Vivas, J.L. Olcoz

SERVICIO DE DIGESTIVO.  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** Los cuerpos extraños en el tubo digestivo pueden representar un problema diagnóstico y de manejo. Provocan desde distinto grado de trauma local hasta perforación y daño a los órganos vecinos. Los localizados en el recto corresponden en el 65% a varones entre 30-40 años.

Presentamos el caso de un paciente que debuta con una clínica sugestiva de un proceso inflamatorio intestinal finalmente secundario a cuerpo extraño rectal.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 26 años, sin antecedentes, que comienza bruscamente con un dolor abdominal cólico, de 3 días de evolución, localizado en flanco y fosa iliaca izquierdos. Acompañado de fiebre y diarrea de 6 deposiciones/día sin productos patológicos. En la analítica presentaba 15300 leucocitos con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. La ecografía abdominal informa de engrosamiento de sigma con importante reacción inflamatoria, y engrosamiento de los últimos 5cm del íleon terminal con afectación de la grasa adyacente y líquido libre alrededor. Al ingreso se inició tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol. Los coprocultivos fueron negativos. En la colonoscopia se detectó un palillo de comida enclavado en sus dos extremos en la unión rectosigma, tras extraerlo se observa salida de pus. El TC abdominal informa de engrosamiento en la zona afecta descartando la existencia de perforación o abscesos.

Tras la extracción endoscópica desapareció toda la sintomatología, sin presentar complicaciones posteriores. Reinterrogado el paciente, refería haber deglutido accidentalmente el palillo.

#### DISCUSIÓN

Para el diagnóstico de los cuerpos extraños rectales es necesario realizar una correcta anamnesis, una adecuada exploración física y pruebas de imagen radiológicas. Sin embargo, en ocasiones es muy complicado detectar su presencia, lo que retrasa su diagnóstico. En estas situaciones es posible la aparición de complicaciones como perforación intraperitoneal, sepsis, e incluso la muerte.

La extracción del cuerpo extraño depende de su localización y de la situación clínica del paciente. Aquellos que se observan desde el exterior se puede intentar la extracción manual previa anestesia local de la zona. La endoscopia puede ser útil para extraer los objetos situados en sigma o recto, evitando la cirugía. En los sujetos que presentan signos y síntomas de perforación debe realizarse cirugía de urgencia.

El principal punto de interés de nuestro caso viene dado por la aparición de un objeto extraño punzante en la unión recto-sigma, deglutido de manera inadvertida. Durante el recorrido por el tracto gastrointestinal es posible que provocara daños a nivel de la válvula ileocecal, originando una reacción inflamatoria local. Por esta razón se planteó como posibles diagnósticos diferenciales una EII, una ileitis terminal e incluso una gastroenteritis. Tras la realización de la colonoscopia se demostró el origen del cuadro clínico, que cedió tras la extracción endoscópica del palillo, sin presentar complicaciones posteriores.

---

**-60-**

### HEMORRAGIA POR VARICES PERIOSTOMALES

Celia Pasión de Gracia Fernández, Adriana Ahumada Jiménez,  
Raquel Latorre Martínez, Cristina Ripoll Noisieux,  
María Magdalena Salcedo Plaza, Diego Rincón.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

Varón de 34 años trasplantado hepático en el 2002 por cirrosis descompensada secundaria a colangitis esclerosante primaria. Como complicaciones precoces presentó estenosis arterial crítica sin evidencia de enfermedad arterial tardía, rechazo grave que requirió bolos de esteroides y primoinfección por citomegalovirus. Como complicaciones tardías presentó rechazo tardío, disfunción colestásica del injerto en relación a patología difusa de la vía biliar por recidiva de la enfermedad de base, y episodios de colangitis de repetición, con datos actuales de hepatopatía crónica avanzada del injerto e hipertensión portal. Tras el trasplante hepático debutó con primer brote de colitis ulcerosa refractaria a tratamiento médico, precisando colectomía completa con ileostomía en el 2007.

Durante su último ingreso en julio del 2011 motivado por nuevo episodio de colangitis y deterioro de función hepática, presentó varios episodios de hemorragia digestiva por la bolsa de la ileostomía con sangrado abundante intermitente en jet, no mezclado con las deposiciones, procedente del periestoma que cesa espontáneamente impidiendo un tratamiento local con sutura quirúrgica; sin repercusión hemodinámica pero con anemización progresiva y requerimientos trasfusionales. Refería episodios similares de menor intensidad en ingresos previos que se habían tratado de forma local con nitrato de plata. Se realizó endoscopia digestiva alta que objetivó varices esofágicas de mediano tamaño. En TC abdominal se observa un hígado de aspecto cirrótico con datos de colangitis esclerosante, y signos de hipertensión portal con prominentes colaterales en eje esplenoportomesentérico.

La incidencia global de varices ectópicas en pacientes con cirrosis hepática oscila entre el 1 y el 3%. Pueden desarrollarse a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, sangrando con mayor frecuencia las duodenales y las situadas en lugares de cirugía intesti-

nal. El sangrado procedente de varices periostomales se produce en más del 25% de pacientes con cirrosis y estoma permanente. Específicamente, se pueden desarrollar en pacientes con colangitis esclerosante primaria sometidos a panproctocolectomía e ileostomía por colitis ulcerosa refractaria. El primer episodio de sangrado aparece tras un año de la formación de ileostomía, siendo frecuente la recurrencia, pudiendo comprometer la vida del paciente.

Ante la sospecha diagnóstica se puede solicitar una eco-Doppler que demostrará dilataciones varicosas periostomales; otros métodos diagnósticos son el angio-TC o angio-RM y como último escalón las técnicas invasivas como la esplenopografía.

Las opciones terapéuticas en el caso de hemorragia aguda incluyen las medidas habituales de estabilización hemodinámica y tratamiento con fármacos vasoactivos, así como la aplicación de presión local, revisión del estoma y sutura quirúrgica, escleroterapia, colocación de TIPS, embolización de colaterales y trasplante hepático. Para la profilaxis secundaria, no existe suficiente evidencia científica pero dada la fácil disponibilidad y el perfil de seguridad, se recomienda el uso de betabloqueantes.

En nuestro paciente no se realizó terapia endoscópica o embolización dada la nula repercusión hemodinámica en el momento agudo y el cese de episodios de resangrado con el inicio de la profilaxis secundaria con betabloqueante. Se completó el estudio pre-trasplante y se presentó el caso en sesión multidisciplinar donde el paciente fue admitido en lista para retrasplante.

-61-

### TROMBOSIS ESPLÉNICA ASOCIADA A PANCREATITIS

*Dra. Alejandra Ochoa Palominos, Dra. Katherina Klimová, Dr. Mario Romero Cristóbal, Dra. Ana Hernando Alonso, Dra. Beatriz Merino Rodríguez, Dr. Enrique Cos Arregui.*

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

**INTRODUCCIÓN.** La trombosis de la vena esplénica asociada a la pancreatitis es una complicación con una prevalencia variable, entre 7 a 54% según diferentes series de casos. La fisiopatología es multifactorial y ha sido descrita sobre todo en pacientes con pancreatitis crónica y pseudoquistes pancreáticos.

**CASO CLÍNICO.** Presentamos a una mujer de 66 años con antecedentes de enfermedad cerebrovascular hemorrágica en el 2002 con afasia motora como principal secuela, en tratamiento con pantoprazol y paroxetina. Derivada desde otro centro para tratamiento ecoendoscópico de necrosis pancreática sobreinfectada en el seno de una pancreatitis aguda grave biliar. Se realizó ecoendoscopia en la que se observó una colección de 50x40mm en cabeza y cuello pancreático, realizando punción aspiración con aguja fina de la colección con salida de material purulento junto a drenaje con Pig-Tail, necrosectomía y posterior drenaje nasoquístico, disminuyendo de tamaño hasta 20mm. En las pruebas de imagen presentó trombosis de la vena esplénica con presencia de circulación colateral y varices fúndicas. Ante el hallazgo de la trombosis esplénica se inició tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y profilaxis primaria con betabloqueantes para hemorragia por varices. El estudio de trombofilia fue negativo.

En controles radiológicos sucesivos, tras ser dada de alta, se observó inicialmente aumento progresivo del tamaño del pseudoquiste alcanzando dimensiones de hasta 7cm a los 5 meses de haber realizado el drenaje. Posteriormente, de forma espontánea, se observó disminución progresiva de tamaño hasta un diámetro máximo de 12 mm en la actualidad. Sin embargo, a pesar de la

reducción espontánea del pseudoquiste, persistió trombosis esplénica y circulación colateral en pruebas de imagen. Actualmente se encuentra asintomática sin desarrollo de complicaciones asociadas a la trombosis esplénica-hipertensión portal izquierda, manteniendo tratamiento con betabloqueantes, retirándose la anticoagulación dada la persistencia de la trombosis a pesar de 6 meses de tratamiento y desarrollo de datos de cronicidad.

#### CONCLUSIÓN

Este caso hace referencia a una paciente con pancreatitis aguda grave complicada con necrosis pancreática sobreinfectada y pseudoquiste, así como trombosis de la vena esplénica e hipertensión portal izquierda asintomática (sin clínica de hemorragia digestiva secundaria a varices ni hiperesplenismo). A pesar del tratamiento ecoendoscópico de la necrosis, la casi resolución del pseudoquiste y el tratamiento anticoagulante prolongado, continuaba presentando trombosis esplénica, probablemente por la cronicidad del cuadro con desarrollo de circulación colateral. Los principales factores de riesgo asociados a la trombosis vascular en la pancreatitis son locales, siendo el pseudoquiste el único que se ha asociado de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de trombosis del eje esplenoportal. La historia natural de la trombosis es el desarrollo de hipertensión portal izquierda con esplenomegalia y varices predominantemente gástricas, siendo la incidencia de sangrado por las mismas muy baja, hasta un 4%, no estando indicada la esplenectomía profiláctica. El tratamiento consiste en anticoagulación oral o subcutánea durante un tiempo variable. En la actualidad no existe consenso sobre el tiempo necesario de anticoagulación, por lo que hay que individualizar cada caso y tratar los factores locales que puedan condicionar la trombosis.

-62-

### USO DEL USTEKINUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: A PROPOSITO DE TRES CASOS

*Pisabarras C, Álvarez B, García M, Vaquero L, Del Pozo E, Sierra M, Muñoz F y Olcoz JL*

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**INTRODUCCIÓN.** A pesar del desarrollo de fármacos inmunosupresores que controlan un elevado porcentaje de pacientes con enfermedad de Crohn, existen casos en los que la falta de respuesta o los efectos secundarios obligan a buscar nuevas alternativas de uso compasivo como natalizumab o ustekinumab.

#### CASOS CLÍNICOS

**1-** Mujer de 28 años diagnosticada de enfermedad de Crohn de un año de evolución, con afectación ileal y patrón inflamatorio (A2 L1 B1 de la clasificación de Montreal) de comportamiento corticorresistente. No presentó respuesta a azatioprina y con infliximab desarrolló una psoriasis secundaria (pustulosis palmoplantar) por lo que tuvo que ser retirado. Dada la persistencia de actividad a pesar de la azatioprina se decidió iniciar, ustekinumab a la dosis inicial de 90 mg repetida al mes y posteriormente cada 8 semanas. La mejoría de la clínica intestinal y dermatológica fue excelente.

**2-** Varón de 37 años diagnosticado hace ocho años de enfermedad de Crohn corticodependiente con afectación ileocecal y patrón estenosante (A2 L2 B3). Tras sufrir una pancreatitis por azatioprina se inició metotrexate con control parcial de la actividad sin poder retirar los esteroides, con mala tolerancia por lo que se introdujo infliximab. Tras mejoría inicial experimentó pérdida de respuesta sustituyéndolo por adalimumab con similares resulta-

dos. Ante la falta de respuesta se decidió tratamiento con ustekinumab en el contexto de un ensayo clínico con buena respuesta clínica, manteniéndose en remisión y sin necesidad de corticoides.

**3.-** Mujer de 55 años con enfermedad de Crohn ileocólica y patrón inflamatorio de seis años de evolución (A2 L3 B1) que precisó ileostomía por estenosis colónica. Fue tratada inicialmente con corticoides y azatioprina; sin embargo, la aparición de colestasis obligó a suspender este último sustituyéndolo por metotrexate que se retiró por hepatotoxicidad. Posteriormente, se inició infliximab sin eficacia por lo que fue sustituido por adalimumab pero necesitando altas dosis de esteroides. Por este motivo, se planteó el uso compasivo de ustekinumab. En la actualidad la paciente ha retirado los corticoides y mejorado su clínica aunque persiste actividad biológica.

#### DISCUSIÓN

El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano que inhibe la IL 12 y la IL 23. Su uso en la enfermedad inflamatoria no está definido a la espera del ensayo clínico fase III actualmente en marcha, pero podría suponer una alternativa a los fármacos actuales como lo demuestran los casos presentados. Las posibles indicaciones incluirían a los no respondedores primarios, pérdida de respuesta a varios anti-TNF o bien ante la presencia de efectos adversos graves (psoriasis, alopecia...) o en situaciones que suponen una contraindicación como esclerosis múltiple o insuficiencia cardíaca.

Por tanto, a la espera de los resultados de estudios recientes el ustekinumab podría representar una alternativa segura, en los pacientes con enfermedad de Crohn que no responden, no toleran o que pierden respuesta a la terapia convencional.

**-63-**

### POLIPOSIS LINFOMATOSA INTESTINAL ASOCIADA A ADENOMA VELLOSO RECTAL MALIGNIZADO. ENFOQUE Y MANEJO TERAPEÚTICO.

*Gonzalo Sanz, Alina López, Rodrigo Sanz, Mario Ortega, Mauricio García, Fernando Jiménez, Fernando Esteban, María Conde, Esther Sánchez y Javier Cerdán*

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** La poliposis adenomatosa es una entidad rara, en la que con frecuencia existe una predisposición familiar y que se relaciona con un mayor riesgo de cáncer de colon y otros tumores. Sin embargo no se han descrito casos en los que se asocia un adenoma túbulo-velloso rectal con una poliposis múltiple que corresponda a pólipos linfomatosos por Linfoma B del manto. Describimos el manejo diagnóstico-terapéutico

**MATERIAL Y MÉTODOS:** describimos un caso clínico: varón de 77 años, con masa vellosa a 8 cm del margen anal. Ecográficamente afecta la capa muscular y 2 adenopatías (uT3,N1). Colonoscopia: aprecia múltiples pólipos que van aumentando en número y forman conglomerados en el ciego, encontrándose también en ileon terminal. La biopsia de éstos fue de Linfoma del Manto y del pólipo rectal de adenoma vellosos con displasia de bajo grado. Se realizó estudio de extensión que únicamente encontró adenopatías patológicas en toda la cavidad abdominal. En sesión multidisciplinaria se decidió tratamiento inicial quirúrgico de la lesión rectal y control posterior del linfoma.

**RESULTADOS:** se realiza proctectomía con extirpación total del mesorrecto, comprobando endoscópicamente borde distal libre, aunque a nivel anorrectal hay pólipos milimétricos similares a los linfomatosos del resto de colon, yeyuno e ileon. Se realiza anasto-

mosis colo-rectal con reservorio "L" e ileostomía. La anatomía patológica fue Adenoma vellosos rectal con displasia de alto grado y poliposis linfomatosa múltiple (Linfoma B del Manto). Postoperatorio sin incidencias, comenzando la quimioterapia para el Linfoma con buena tolerancia y respuesta inicial, que se evidencia en la desaparición de los pólipos sobre la mucosa evertida de la ileostomía.

#### CONCLUSIONES

Debemos pensar en el Linfoma como posible causa de una poliposis colónica.

El tratamiento debe individualizarse y consensuarse entre los diferentes especialistas.

La coexistencia de un linfoma no parece afectar la morbilidad del tratamiento quirúrgico.

**-64-**

### COEXISTENCIA DE ADENOCARCINOMA RECTAL Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

*Gonzalo Sanz, Elena Sierra, Mauricio García, Mario Ortega, Fernando Jiménez, Fernando Esteban, Rodrigo Sanz, Inmaculada Domínguez, Carlos Cerdán y Javier Cerdán*

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

#### INTRODUCCIÓN.

El adenocarcinoma de colon y recto es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, y es bien conocida la progresión carcinogénica desde un pólipo hasta cáncer. En las últimas décadas se está constatando un aumento del carcinoma epidermoide de ano en relación con el virus del papiloma humano (VPH), especialmente en población de riesgo (inmunosuprimidos, homosexuales...), conociéndose también su progresión desde lesiones precursoras: neoplasia intraepitelial anal (AIN). Presentamos un caso de coexistencia de ambas lesiones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo de un caso clínico. Varón de 43 años, sin antecedentes de interés. Valorado por pólipo canal anal que ocasionalmente prolapsa con la deposición, produce rectorragia, tenesmo y anemia microcítica. Exploración: adenoma vellosos con pedículo ancho, que se extirpa por vía peranal tras aislar y clampar su base. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias.

**RESULTADOS:** la pieza fue informada de adenocarcinoma bien diferenciado (nivel I de Haggitt) sobre adenoma vellosos. En la base de implantación se identifica AIN de alto grado, se realiza estudio por PCR del VPH aislándose el genotipo 6 y el 35 (alto riesgo). Dicha lesión fue un hallazgo pues se descociaban las tendencias sexuales del paciente. En este momento está pendiente de una citología anal y una anoscopia de alta resolución con ácido acético para valorar el lecho quirúrgico en busca de restos de AIN que deban ser extirpados o existencia de lesiones a otro nivel del canal anal, ya que en la cirugía convencional no se apreciaron lesiones sospechosas.

#### CONCLUSIONES.

La coexistencia de una neoplasia escamosa intraepitelial de alto grado y un adenocarcinoma de recto es excepcional.

Debemos instaurar el cribado para el carcinoma epidermoide de ano en pacientes de riesgo, para tratar dichas lesiones de forma precoz.

**-65-**

### MANEJO DE UN PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO (CCRHNP) Y LINFOMA DE HODGKIN SIMULTÁNEO.

Gonzalo Sanz, Rodrigo Sanz, Fernando Esteban, Julián Sanz, Jaime Zuloaga, Mauricio García, Mario Ortega, Fernando Jiménez, Carlos Cerdán y Javier Cerdán.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Lynch es responsable del 4 % de los cánceres de colon (CCRHNP). Está establecida su secuencia carcinogénica a través de la Inestabilidad de Microsatélites (MSI) por errores en los genes reparadores de ADN. No se ha descrito su relación con patologías hematolinfáticas. Presentamos un caso de aparición sincrónica de un cáncer de colon (Lynch) y un Linfoma Hodgkin (LH) tipo esclerosis nodular.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo de un caso clínico. Varón de 28 años diagnosticado de LH en adenopatía cervical. En PET-TAC de extensión hay captación en ángulo esplénico de colon, cuya biopsia fue adenocarcinoma con datos inmunohistoquímicos de MSI: tumor con alta inestabilidad y ausencia de las proteínas MSH2 y MSH6. Además su padre presentó un cáncer de vejiga y otro metacrónico de colon con 42 años. En sesión multidisciplinar se decide tratamiento quirúrgico del colon y posteriormente del LH. No se indicó la colectomía total por deseo expreso del paciente y tras advertirle de la necesidad de revisiones periódicas del remanente rectal.

**RESULTADOS.** Se realizó colectomía casi total laparoscópica. Postoperatorio sin incidencias. Posteriormente tratamiento con quimioterapia para el LH con buena respuesta inicial y sin aparición de complicaciones ni deterioro de la calidad de vida. El estudio histopatológico fue de adenocarcinoma de colon estadio IIA (pT3, N0 M0). Se realizó estudio genético: identificó cambio en codón 1465 del exon9 en el gen hMSH2, confirmándose el síndrome de Lynch. No hay MSI en el LH.

#### CONCLUSIONES.

La asociación de LH y cáncer de colon familiar no polipósico es muy rara.

La Inestabilidad de Microsatélites se encuentra relacionada con el cáncer de colon del síndrome de Lynch, pero no con el LH.

La colectomía puede ser casi total con buena calidad de vida, aunque obliga a revisiones del remanente rectal.

**-66-**

### ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA ESTENOSIS SIGMOIDEA POR CMV EN PACIENTE VIH.

Gonzalo Sanz, Fernando Esteban, Fernando Jiménez, Rodrigo Sanz, Mario Ortega, Mauricio García, Daniel Vázquez, Inmaculada Domínguez y Javier Cerdán.

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** Aunque está descrita, la estenosis de colon por un proceso infeccioso vírico es excepcional y más aún que obligue a un tratamiento quirúrgico. Se presenta un caso en un paciente inmunodeprimido por el virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH) en tratamiento con antiretrovirales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** presentamos el video y el caso clínico de un paciente VIH de 39 años diagnosticado de estenosis sigmoidea por Citomegalovirus (CMV), que no mejoró con tratamiento

médico. Se aportan las exploraciones complementarias preoperatorias y el video de la sigmoidectomía laparoscópica.

**RESULTADOS:** sigmoidectomía laparoscópica de estenosis concéntrica corta a nivel de sigma, con pocos signos inflamatorios en vecindad. Anatomía patológica: estenosis inflamatoria en relación con infección por CMV, sin signos de malignidad. Postoperatorio sin incidencias.

#### CONCLUSIONES.

Debemos descartar patología infecciosa en estenosis de colon de pacientes inmunodeprimidos sin evidencia de otras causas.

El abordaje laparoscópico es una buena opción para pacientes VIH, pues se benefician de la menor agresión quirúrgica y ello conlleva una menor repercusión en su estado general.

**-67-**

### MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO: RETO DIAGNÓSTICO.

Rodríguez-Grau MC<sup>1</sup>, Costa R<sup>2</sup>, García-Buey ML<sup>1</sup>, Viamontes F<sup>3</sup>

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO<sup>1</sup>, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA<sup>2</sup>, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA<sup>3</sup>. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El Mesotelioma Peritoneal Maligno es una entidad poco estudiada por su baja incidencia, aproximadamente 400 nuevos casos al año en EEUU. Es la segunda localización más frecuente tras el pleural y también tiene clara relación patogénica con el asbesto.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Varón de 43 años, fumador de 5 cigarrillos al día y cirugía de menisco izquierdo como únicos antecedentes médicos relevantes que consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de náuseas, anorexia, estreñimiento, aumento del perímetro abdominal y molestias difusas. Dado de alta en dos ocasiones en los días previos con diagnóstico de estreñimiento.

En la exploración física destaca abdomen doloroso levemente y de forma difusa, semiología ascítica no a tensión y disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares. En el tacto rectal se palpa dudosa masa en cara anterior de recto. En el análisis, leucocitosis de 13680/mm<sup>3</sup> con neutrofilia y trombocitosis de 799000/mm<sup>3</sup>. Ecografía abdominal urgente: gran cantidad de líquido ascítico, sin ecos, periesplénico, perihepático e interasas y pequeño derrame pleural derecho. Ingresa como ascitis a estudio.

Se realizó paracentesis diagnóstica y evacuadora de 10 litros de líquido ascítico turbio, con proteínas de 2.4g/dl con albumina baja (gradiente con plasma < 1.1), 1850 hematíes/ $\mu$ l y 910 leucocitos/ $\mu$ l (93% linfocitos), glucosa de 80mg/dl, ADA 29.4 UI/ml, LDH 448 mg/dl (gradiente con plasma >1). Presentó PCR de 21.3, VSG de 82 y fibrinógeno de 1021 mg/dl, transaminasas, bilirrubina, coagulación, iones y marcadores tumorales normales.

Serologías víricas y Mantoux negativas, así como cultivo y tinción para BAAR de líquido ascítico. La citología del líquido ascítico fue inconcluyente en las tres ocasiones en que se estudió, con abundantes linfocitos y células mesoteliales, con negatividad para monoclonalidad linfoide.

Se realizó TAC abdominal observando gran cantidad de ascitis e implantes peritoneales de origen no filiado, en probable relación con carcinomatosis, sin poder descartar otras etiologías. Derrame pleural izquierdo. Irregularidades en cara lateral del colon ascendente y anterior del recto secundarias a implantes. Adenopatías interaortocava en el límite alto de la normalidad. TAC torácico y colonoscopia sin alteraciones.

Fue necesaria laparoscopia con biopsia de implantes peritoneales para llegar al diagnóstico de mesotelioma peritoneal maligno difuso, tras el estudio anatómico-patológico y tinción inmunohistoquímica.

El paciente recibió tratamiento quimioterápico con Pemetrexed y Cisplatino. Falleció dos meses después de que se llegara al diagnóstico de la enfermedad, once semanas tras su ingreso.

#### DISCUSIÓN

Los síntomas iniciales que produce son muy inespecíficos –náuseas, saciedad precoz, dispepsia y, sobre todo, distensión abdominal y dolor-, lo que lleva a un diagnóstico tardío con una enfermedad evolucionada en demasiadas ocasiones. La biopsia guiada por TAC o laparoscópica suele ser necesaria para llegar a un diagnóstico definitivo, mediante el estudio anatómico-patológico con marcadores inmunohistoquímicos como ácido hialurónico, tinción PAS, y otras citoqueratinas. El diagnóstico diferencial fundamental incluye carcinomatosis, linfomatosis, y tuberculosis peritoneal. La mediana de supervivencia es de 13 meses.

-68-

### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A IMPACTACIÓN DE HUESO FRUTAL SOBRE NEOPLASIA DE SIGMA.

Martínez Fernández R, Yunta P.<sup>1</sup>, Jimeno Ayllón C, Serrano Sánchez L, Gómez Ruiz CJ, García-Cano Lizcano J, Pérez Sola A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>1</sup>SERVICIO DE CIRUGÍA.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ (CUENCA)

**INTRODUCCIÓN.** La impactación colorrectal de cuerpos extraños es poco frecuente, se da mayoritariamente en hombres y suele derivarse de la inserción transanal de diversos objetos.

**CASOS CLÍNICOS.** Paciente de 76 años, con antecedentes familiares de primer grado de carcinoma de colon, que acude a urgencias por presentar dolor abdominal, tenesmo rectal y vómitos siendo ingresada en Cirugía General con el diagnóstico de obstrucción intestinal. Durante el ingreso empeora el cuadro acompañándose de hipotensión y oliguria. Se solicita TAC abdomino-pélvico urgente que evidencia estenosis de aspecto neoplásico a 30cm de margen anal con cuerpo extraño impactado en la misma, con dilatación colónica proximal a la estenosis. Dados los hallazgos, se realiza colonoscopia urgente, con la que se consigue alcanzar y extraer mediante un asa de Roth el cuerpo extraño, que corresponde a un hueso frutal (de albaricoque según refiere la paciente), observándose progresión de material fecal y resolución parcial de la obstrucción intestinal. A pesar de la extracción del cuerpo extraño el cuadro clínico no termina de mejorar en las horas siguientes, por lo que finalmente es intervenida de urgencia. En la exploración quirúrgica se detecta tumoración estenosante de sigma, gran dilatación de colon, y necrosis de 30cm de ileon, colon ascendente y parcheada de colon transversal; se reseca 50cm de ileon Terminal y se realiza colectomía subtotal dejando ileostomía en FID. Posteriormente evoluciona favorablemente en UCI y es dada alta, siendo actualmente seguida por la unidad de oncología de nuestro hospital

#### DISCUSIÓN

Nuestro objetivo al presentar este caso es destacar la importancia de tener presente que los cuerpos extraños pueden impactarse a cualquier nivel del tubo digestivo y no solo en el tracto superior, sobre todo si existe patología subyacente y en las localizaciones donde ésta es más frecuente. Asimismo resaltar la importancia de las pruebas de imagen a la hora de detectar, caracterizar y localizar

zar dicha impactación, y la posibilidad de resolver la misma, al menos parcialmente, mediante endoscopia.

-69-

### ESOFAGITIS HERPÉTICA: UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

Herranz Bachiller MT, Barrio Andrés J, Ruiz-Zorrilla R, Sancho del Val L, Alcaide Suárez N, Lorenzo Pelayo S, Sancho del Val L, De LA Serna higuera C, Atienza Sánchez R, Díez Redondo P, Gil Simón P, Pérez Miranda M, Caro Patón A  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La esofagitis herpética es generalmente una infección oportunista de los pacientes críticos o inmunocomprometidos, en individuos inmunocompetentes se trata de patología poco frecuente que afecta sobretodo a varones jóvenes, presentamos un caso de esofagitis herpética en este tipo de paciente sin alteraciones inmunológicas.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 26 años sin antecedentes de interés, sin hábitos tóxicos, ni conductas de riesgo. Ingresó por primera vez por odinofagia intensa, fiebre hasta 40 grados, otalgia, epigastralgia y malestar general. Exploración física: amígdalas hipertróficas sin exudado y adenopatías cervicales. Análítica: normal, serológicas para VIH, VHB, VHC, CMV, VHS IgM: negativas. Gastroscopia: ulceraciones milimétricas en tercio superior de esófago y ulceraciones circunferenciales recubiertas de fibrina muy friables desde tercio medio hasta unión esófago-gástrica compatible con esofagitis necrotizante aguda a descartar infección viral. Se tomaron biopsias y cultivos para hongos, CMV y VHS. Dada la sospecha de esofagitis infecciosa se comenzó con aciclovir de forma empírica y a pesar de que las biopsias fueron inespecíficas y los cultivos negativos se completó el ciclo de tratamiento. Una semana después reingreso por odinofagia intensa con gastroscopia: signos de esofagitis en fase de cicatrización. Un mes más tarde vuelve a presentar la misma sintomatología realizándose una tercera endoscopia con mucosa esofágica eritematosa difusa, estrías longitudinales y erosiones circunferenciales que en los 2/3 inferiores estaban recubiertas de exudado fibrinoso, con límite mal definido de las lesiones a nivel de unión esófago-gástrica tomándose de nuevo biopsias observándose en el estudio inmunohistoquímico células epiteliales que teñían con anticuerpos contra el virus herpes simple tipo 1. Diagnóstico: esofagitis herpética se inició tratamiento de nuevo con aciclovir 800 mg. El paciente ha presentado buena evolución clínica estando asintomático en la actualidad.

#### DISCUSIÓN

La esofagitis herpética se presenta generalmente en inmunocomprometidos. Puede ser secundaria a reactivación viral o resultado de una infección primaria. El inicio brusco de una disfagia precedida de odinofagia y fiebre debe alertarnos sobre esta patología. En individuos inmunocompetentes se trata de patología poco frecuente que afecta a varones jóvenes, como en nuestro caso, y generalmente se trata de una primoinfección. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia con toma de biopsias. En pacientes inmunocompetentes la infección se suele resolver espontáneamente en unas 2 semanas, aunque la respuesta es más rápida si se les administra un ciclo corto de aciclovir. La resistencia a aciclovir es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, siendo debido a mutaciones de la timidina kinasa o del gen de la DNA polimerasa. En nuestro caso es posible que se trate de una recidiva de dicho virus o que previo daño de la mucosa se facilitase dicha infección.

**-70-**

### GRANULOMA EOSINOFÍLICO COLÓNICO SECUNDARIO A ANISAKIASIS EN UN PACIENTE ASINTOMÁTICO.

*Herranz Bachiller MT, Atienza Sánchez R, Alcaide Suárez N, Barrio Andrés J, Ruiz-Zorrilla R., Sancho del Val L, Alcaide Suárez N, Lorenzo Pelayo S, Sancho del Val L, De LA Serna higuera C, Díez Redondo P, Gil Simón P, Pérez Miranda M, Caro Patón A.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

El nematodo *Anisakis Simplex* es un parásito de distribución mundial que infecta a los consumidores de pescado parasitado crudo o poco cocinado. Las manifestaciones clínicas son variadas, desde pacientes asintomáticos a otros con síntomas alérgicos o digestivos, dependiendo del lugar de tracto digestivo en el que la larva se aloje. Presentamos un caso de hallazgo accidental de granuloma eosinofílico colónico secundario a anisakiasis en un paciente asintomático.

#### CASO CLINICO.

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés que consulta por un rectorragia al finalizar la deposición, la paciente niega dolor abdominal, alteraciones del hábito intestinal o pérdida de peso. La exploración física es normal salvo presencia de hemorroides en la exploración rectal. En la analítica tanto la hematimetría como la bioquímica son estrictamente normales. Se la solicita una colonoscopia en la que se observa pólipo submucoso que se extirpa y hemorroides internas. La histopatología de la lesión extirpada dio como resultado granuloma eosinofílico secundario a parásito anisakis

#### DISCUSION

Las manifestaciones clínicas de la anisakiasis son variadas, fundamentalmente de tipo alérgico y/o digestivo, y se deben a 2 mecanismos: 1. Reacciones de hipersensibilidad inmediata mediada por IgE: los pacientes desarrollan cuadros alérgicos como urticaria y angioedema pocas horas después de la ingesta de pescado. 2. Acción local del parásito: los síntomas se desarrollan como resultado de una reacción inflamatoria, cuando la cabeza de la larva se adhiere o penetra en la mucosa del tubo digestivo. Las manifestaciones clínicas dependerán de la zona del tubo digestivo donde se localice la larva. La localización más frecuente es el estómago o el intestino. La anisakiasis gástrica se caracteriza por dolor abdominal localizado en epigastrio, de tipo cólico, que puede acompañarse de náuseas, vómitos o incluso alteraciones del ritmo intestinal, si afecta al intestino delgado. Cuando el proceso presenta un curso crónico, la formación de abscesos o granulomas gástricos o intestinales puede simular cuadros de pseudoobstrucción intestinal, apendicitis aguda o episodios de enfermedad inflamatoria intestinal. La bibliografía hace referencia a granulomas eosinofílicos secundarios a anisakis de localización gástrica o de intestino delgado pero no de localización colónica y siempre son un hallazgo secundario a un conjunto sintomático que motivo la búsqueda. En nuestro caso el paciente no había presentado clínica digestiva en ningún momento y se trató de un hallazgo accidental en una colonoscopia solicitada por otro motivo. Dado el elevado consumo de pescado fresco, se observa una elevada sensibilización el las pruebas inmunoalérgicas en pacientes asintomáticos y por la misma razón puede haber infestaciones asintomáticas como en el caso que hemos presentado. No es posible determinar si con el tiempo la lesión habría evolucionado y la paciente podría haber presentado síntomas psudoobstructivos o clínica de otro tipo.

**-71-**

### ESQUISTOSOMIASIS INTESTINAL: UNA ETIOLOGÍA DE RECTORRAGIA POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO.

*Herranz Bachiller MT, Díez Redondo P, Gil Simón P, Lorenzo Pelayo S, Sancho del Val L, Alcaide Suárez N, Barrio Andrés J, De LA Serna higuera C, Atienza Sánchez R, Pérez Miranda M, Caro Patón A.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La hemorragia digestiva baja es una entidad muy relevante en la práctica clínica diaria, con 20-27 casos por 100.000 habitantes/año. Su etiología se puede agrupar en causas anatómicas, vasculares, inflamatorias y neoplásicas. La emergencia de la inmigración nos ha obligado a pensar en causas poco habituales en nuestro medio como algunas parasitosis intestinales.

**CASO CLÍNICO.** Presentamos el caso de un varón, de 39 años, brasileño residente en España desde hace un año y medio. Refería rectorragia de 5 meses de evolución y disminución de la consistencia de las heces. La exploración física la analítica fueron normales.

Colonoscopia e ileoscopia terminal: proctitis inespecífica con hematomas submucosos, lineales y serpiginosos, se biopsió. El estudio anatomopatológico mostró infiltrados inflamatorios de eosinófilos e histiocitos que formaban granulomas, en mucosa y submucosa. En lámina propia había unas estructuras con fina cápsula densa, ligeramente pigmentada, con contenido granular, rodeadas de infiltrado inflamatorio denso con degranulación de eosinófilos, se identificaron como huevos de esquistosoma, sin poder precisar especie. Se solicitaron dos cultivos y estudio de parásitos en heces y orina que fueron negativos y serología de esquistosomiasis (Ig G) que fue positiva. Ecografía abdominal: se descartan lesiones hepáticas y renales. Tratamiento: praziquantel 40 mg/kg de peso repartido en dos tomas en un único día. El paciente está en la actualidad asintomático.

#### DISCUSIÓN

La esquistosomiasis es una infección parasitaria causada por un trematodo endémico de áreas tropicales y subtropicales, en los países occidentales la infección se observa en inmigrantes o viajeros. Las manifestaciones clínicas varían en función de la especie infectante. Los síntomas intestinales más frecuentes son abdominalgia, diarrea, rectorragia y anemia ferropénica. Dada la procedencia de nuestro paciente y su sintomatología pensamos que lo más probable es que sufriese una infestación por *S. mansoni* que es la única especie presente en Brasil y ocasiona clínica digestiva. El diagnóstico de confirmación se realiza por visualización de los huevos en las biopsias o mediante su aislamiento en heces u orina. Debido al incremento de la inmigración y de los viajes internacionales, deberíamos tener en cuenta causas poco habituales en nuestro medio, como la infestación por esquistosomiasis, en el estudio de rectorragia en pacientes con factores de riesgo.

**-72-**

### GIST EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ALAGILLE

*B. Arberas Díez, F. Casals Seoane, García-Buey M.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID

**CASO CLÍNICO.** Se trata de una paciente mujer de 52 años, diagnosticada de Síndrome de Alagille mediante biopsia hepática como parte de estudio familiar realizado a raíz del trasplante de su hija de 5 años de edad.



Posteriormente, como parte del estudio diagnóstico de Hipertensión Arterial de reciente diagnóstico, se realiza una Ecografía Abdominal objetivándose gran tumoración sólida de 72 x 52mm, hipervascularizada, que se haya en contacto con lóbulo hepático izquierdo, páncreas y estómago, sin poder determinar claramente su origen.

Para tratar de filiar el origen de la masa se completa estudio mediante TC de abdomen en el que la masa es considerada un hepatocarcinoma fibrolamelar, sin poder descartar tumor gastrointestinal estromal gástrico (GIST), dada la presencia de vasos nutricios dependientes de la arteria gástrica izquierda. Se realiza además Ecografía Endoscópica Alta en la que la masa parece depender del lóbulo hepático izquierdo.

Ante dichos hallazgos, se decide intervención quirúrgica en la cual se extirpa masa de 10x5 centímetros dependiente de la curvatura menor de la pared gástrica, sin existir infiltración hepática ni pancreática.

El resultado anatomopatológico fue de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) gástrico pT3 con borde de resección (pared gástrica) sin evidencia de malignidad.

La paciente se encuentra en el momento actual en seguimiento en consultas de Oncología Médica recibiendo tratamiento adyuvante con Imatinib a dosis de 300 mg al día.

**DISCUSIÓN.** El síndrome de Alagille o displasia arteriohepática es un trastorno autosómico dominante con expresividad variable y gran variabilidad fenotípica, causado por una mutación en el gen JAG-1, y que se caracteriza por la hipoplasia o escasez de los conductos biliares interlobulillares.

La manifestación más frecuente (más del 90% de los pacientes) es la presencia de colestasis intrahepática crónica recurrente. El síndrome se asocia también a malformaciones cardíacas (85-91%, siendo la más frecuente la estenosis pulmonar), vértebras en mariposa (39-87%), embriotoxon ocular y facies característica con hipertelorismo, ojos hundidos y puente nasal ancho.

En el 85% de los pacientes la enfermedad debuta en los seis primeros meses de vida con ictericia y retraso ponderal o síntomas cardiovasculares. Estos casos presentan peor pronóstico que aquellos pacientes en los que la enfermedad debuta en la edad adulta.

La enfermedad hepática es la principal causa de morbimortalidad; la hiperbilirrubinemia puede dar lugar a cuadros de prurito refractario que precisen de procedimientos de derivación biliar en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento con ácido ursodesoxicólico. En aquellos casos en que exista un empeoramiento progresivo de la función de síntesis hepática, el trasplante es el único tratamiento curativo.

Existen diversos estudios con pacientes diagnosticados de Síndrome de Alagille, para tratar de determinar si la incidencia de tumores hepáticos es mayor en estos pacientes. Ninguno de ellos logró demostrar que la incidencia de hepatocarcinoma es mayor en estos casos con respecto a la población general. Tampoco presentan estos enfermos mayor riesgo de desarrollo de tumores del estroma gastrointestinal.

**-73-**

### NEUMONÍA POR CMV EN ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON 6-MERCAPTOPURINA

C. Verdejo, R. Patón, MA. Zarcas, M. Alonso, J. Rodríguez, E. De la Santa; R. Lorente, A. Hernández, F. Domper, B. López-Viedma, P. Olivencia, R. Martín, J. Olmedo, M. Adán, E. Rodríguez.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

Varón de 32 años, con hermano afecto de linfoma de Hodgkin, fumador de 20 cigarrillos al día, diagnosticado en 2.006 de enfermedad de Crohn con afectación ileocecal. En mayo de 2.007 inicia tratamiento con azatioprina por corticodependencia a dosis de 0,5 mg/kg (según actividad de TPMT) que tuvo que suspender por intolerancia gastrointestinal. Se mantuvo en tratamiento con mesalazina a dosis de 3 g/día hasta junio de 2.010 donde se introduce 6-mercaptopurina a dosis de 1,5 mg/kg por nuevo comportamiento corticodependiente.

En junio de 2.011 ingresa por cuadro de cinco días de evolución de fiebre, artromialgias, hepatoesplenomegalia y disnea (SPO288%). En la analítica destacaba una pancitopenia (leucocitos 2.8 m/ℓ, neutrófilos 0.4 m/ℓ, linfocitos 1.9 m/ℓ; hemoglobina 8.9 g/dl; plaquetas 190 miles/ℓ), reactantes de fase aguda elevados (PCR 20 mg/dl) y elevación de transaminasas con predominio de patrón de citolisis (GOT109 UI/L, GPT270 UI/L, LDH422 UI/L). En la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado algodonoso bilateral. Se procedió a la realización de punción de médula ósea y, en espera de resultados, se inició antibioterapia de amplio espectro y factor estimulante de colonias. En TAC tóracoabdominal se apreciaba un infiltrado bilateral acinar de predominio central y de campos superiores con derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalias y adenopatías reactivas. La fibrobroncoscopia no objetivó lesiones y la citología y los marcadores en el lavado bronquioalviolar fueron negativos. La serología VHB, VHC, VIH, VVZ, VHS, VEB, Brucella, Borrelia Burgdorferi, Coxiella, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydias fue negativa, excepto para el virus CMV donde se detectaron anticuerpos Ig M positivos y una carga viral cuantificada por PCR de 63.600. Se inició tratamiento con ganciclovir IV observando una respuesta clínica, radiológica y serológica al tratamiento (PCR-CMV al alta de 70), confirmándose el diagnóstico de neumonía bilateral por CMV en paciente inmunodeprimido en tratamiento con azatioprina. El hemograma presentó una recuperación precoz y el resultado histológico medular descartó malignidad e infección, sugiriendo alteraciones en contexto reactivo.

La 6-mercaptopurina (6-MP) y la azatioprina son fármacos importantes en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero suponen un riesgo de infecciones por gérmenes oportunistas por la inmunosupresión producida, como es el caso de la infección por CMV. Existen muy pocos casos publicados en la literatura de infección pulmonar por CMV causado por azatioprina y 6-MP en EII. Aunque generalmente estas infecciones no suelen seguir una mala evolución, es importante una sospecha precoz y la instauración del tratamiento empírico con ganciclovir.

**-74-**

### CUERPO EXTRAÑO, VISTO MEDIANTE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA.

Maria Alonso Lablanca, Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón, Abdel Bohumidi, José Olmedo Camacho, Pilar Olivencia Palomar, María Adán Alonso, Alicia Hernández Albújar, Rufo Lorente Poyatos, Roberto Patón Arenas, Eduardo Rodríguez Sánchez

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

#### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 43 años costurera, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con buen control, luxación temporomandibular de repetición intervenida, anemia ferropénica con mala respuesta al tratamiento con hierro oral, en seguimiento por Servicio de Hematología. Se realiza estudio de anemia. Gastroscopia: gastritis crónica inespecífica, HP negativo y en colo-

noscopia no se observan lesiones, y estudio radiográfico dentro de la normalidad.

Se realiza estudio con videocápsula endoscópica: sin lesiones en la mucosa, y se aprecia cuerpo extraño, aguja de coser. Por lo que se decide derivar a la paciente a realizar enteroscopia de doble balón y estudio radiológico, sin encontrar lesiones mucosas, alteraciones vasculares ni cuerpos extraños.

Tras estudios realizados, paciente se mantiene asintomática con resolución de síndrome anémico, con tratamiento de hierro intravenoso.

Realizamos nueva videocápsula endoscópica sin hallar ningún cuerpo extraño, ni otras lesiones.

#### DISCUSIÓN

Dentro de las indicaciones del uso de la videocápsula endoscópica, la más frecuente es la hemorragia digestiva oculta, que suele manifestarse como síndrome anémico. En nuestro caso la indicación estaba clara, aunque el hallazgo fue inesperado. Probablemente el cuadro no esté relacionado con el hallazgo de cuerpo extraño, y la anemia se resolvió con hierro intravenoso.

**-75-**

### ISQUEMIA INTESTINAL SECUNDARIA A TROMBOSIS MESENTÉRICA Y ESPLENOPORTAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

*L.P.Zorrilla Matilla; M.E. Revuelta del Peral; F. Moreno Racionero; H. Nuñez del Barrio; J.R. Gómez; L. Merino Peñacoba; García Castaño J; J. Ortiz; J. Beltrán de Heredia.*

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL AP. DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

Presentamos un caso de trombosis mesentérica del eje esplenoportal de etiología desconocida, con isquemia intestinal

**MATERIAL Y MÉTODO.** Mujer 42 años, en tratamiento hormonal (estradiol y acetato de noretisterona), antecedente de preeclampsia en embarazos previos, histerectomizada.

Presenta dolor abdominal postprandial de 1 mes de evolución. Distensión abdominal, doloroso en región periumbilical sin signos de irritación peritoneal. Leucocitosis con neutrofilia, coagulación normal.

Gastroscopia normal. Ecografía, TAC, AngioTAC donde se aprecia trombosis del eje esplenoportal y vena mesentérica superior sin causa aparente. Evoluciona con empeoramiento del estado general, facies hipocrática, distensión abdominal, TAC: distensión de ileon proximal. Se decidió intervención quirúrgica urgente por laparotomía, encontrando intestino isquémico que afecta a 20 cm de íleon proximal y una trombosis venosa que afecta a todo el territorio esplenoportal y mesentérico.

Se practicó resección del asa afecta e ileostomía proximal.

Se anticoaguló con Enoxaparina sódica a dosis de 60 mg cada 12 horas.

#### RESULTADOS

La evolución fue satisfactoria, iniciando al tercer día tolerancia oral y siendo dada de alta hospitalaria sin complicaciones, pendiente de nuevo ingreso para reconstrucción del tránsito intestinal.

Se practica AngioTAC de control al mes de la intervención donde se aprecia una reperfusión parcial de los troncos venosos mesentérico y esplenoportal.

El estudio anatomopatológico fue compatible con proceso isquémico intestinal.

El estudio de coagulación fue normal, lo que descarta la coagulopatía como causa de la trombosis esplenoportal.

#### CONCLUSIONES

La trombosis mesentérica superior y esplenoportal es infrecuente, presentando elevada morbimortalidad. La causa más frecuente es la cirrosis hepática, menos frecuentes son las coagulopatías. Un 15 % son multifactoriales debiéndose buscar factores locales y sistémicos como causa etiológica, (entre ellos destaca la hormonoterapia sustitutiva, como en el caso que nos ocupa).

La vena mesentérica superior se afecta en el 95% de los casos, el compromiso venoso generalmente es segmentario, afectándose raramente el colon.

La mortalidad oscila entre un 20 y un 50 %.

El TAC es la mejor técnica para valorar estas lesiones. La complicación más temida es la necrosis intestinal. El 10-40% de los casos se reperfunden con tratamiento anticoagulante con heparina sódica, seguida de dicumarínicos 6 meses que se mantendrán en caso de coagulopatía. En casos especiales, se infunde directamente el medicamento dentro del vaso (trombolisis). En caso de isquemia intestinal se asocia cirugía realizando resección del segmento intestinal afecto, lo que ocurrió en el caso que presentamos. La trombosis venosa mesentérica es una entidad con elevada morbimortalidad, siendo responsable del 5- 15% de los casos de isquemia intestinal.

Aunque de escasa incidencia, ante un abdomen agudo en mujeres jóvenes, debemos pensar en la trombosis venosa mesentérica como posible causa dada su grave morbimortalidad, especialmente si esta en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva.

**-76-**

### PSORIASIS DE NOVO INDUCIDA POR INFLIXIMAB EN COLITIS ULCEROSA

*Verdejo C, Santiago DI\*, Rodríguez J, Lorente R, De la Santa E, Alonso M, Lopez-Viedma B, Patón R, Hernández A, Olivencia P, Domper F, Martín R, Olmedo J, Rodríguez E*

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y DERMATOLOGÍA\* DEL  
HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL.

Presentamos el caso de un varón de 58 años, fumador de 20 años cigarrillos al día, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés, diagnosticado de proctitis ulcerosa de 14 años de evolución. Se había mantenido con tratamiento tópico con mesalazina hasta mayo de 2010, cuando comenzó con enfermedad perianal. Se inició por este motivo tratamiento con azatioprina a dosis de 2,5 mg/kg/día, sin conseguir control de la enfermedad, por lo que se comienza el 19 de noviembre de 2010, tratamiento con infliximab a dosis de 5mg/kg/8 semanas. El 29 de abril de 2011, a la 4ª dosis de infliximab, aparece cuadro cutáneo consistente en lesiones pápulo-pustulosas en extremidades superiores e inferiores, tronco, de 2-3 mm, que en ocasiones conflúan formando placas eritemato-violáceas, no descamativas, dolorosas, pruriginosas. Posteriormente, las pústulas se fueron descamando y afectó palmas y plantas. La histología de las lesiones confirmó una psoriasis pustulosa de novo por infliximab que afectaba a más del 5% de la superficie corporal. Se retiró el tratamiento anti-TNF y se inició tratamiento con corticoides vía oral (dacortín 0,5 mg/día). Posteriormente existe un empeoramiento progresivo de las lesiones cutáneas y una reactivación de la enfermedad perianal, por lo que se decide iniciar adalimumab (160/80 mg y 40 mg 2 semanas, dosis de mantenimiento) junto con acitretino oral, consiguiendo una remisión clínico-biológica de la EII y una mejoría casi completa de las lesiones cutáneas.

**DISCUSIÓN.** El TNF $\alpha$  es una citoquina que tiene un papel fundamental en la patogénesis de enfermedades inflamatorias como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la psoriasis. Por este

motivo, las terapias biológicas con inhibidores del TNF $\alpha$  (anti-TNF) son eficaces en el control de este tipo de enfermedades<sup>(1)</sup>. Paradójicamente, los anti-TNF, puede exacerbar o inducir reacciones psoriasisiformes sin que aún se conozca bien el mecanismo fisiopatológico por el cual las produce. Cualquier tipo de anti-TNF puede ocasionar una psoriasis<sup>(2, 4)</sup>. La prevalencia en la EII se encuentra en torno al 1.62%. Es más frecuente en mujeres y no existen claros factores desencadenantes.<sup>(3, 4)</sup>. El tiempo de aparición de las lesiones es variable, generalmente meses<sup>(2)</sup>. El tratamiento es diferente en función de la severidad de las lesiones. Si la afectación cutánea no es severa, se puede continuar con la terapia biológica añadiendo tratamiento específico de la psoriasis (tratamiento tópico con corticoides, queratolíticos y análogos de la vitamina D o con fototerapia). Si la afectación es severa o extensa (afecta >5% de la superficie corporal) se recomienda la interrupción del tratamiento anti-TNF<sup>(2, 4)</sup> junto con una terapia más agresiva para la psoriasis (ciclosporina, metotrexate, queratolíticos). Algunos autores recomiendan el cambio a otro tipo de anti-TNF<sup>(2, 4)</sup>. Se puede optar por otro agente biológico con mecanismo de acción diferente, como es el Ustekinumab (inhibidor de la IL-12/23).<sup>(4)</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Feldmann M, Maini RN. Anti-TNF therapy, from rationale to standard of care: what lessons has it taught us? *Journal of immunology* 2010; 185(2): 791-4.
- 2.- Wollina U, Hansel G, Koch A, Schonlebe J, Kostler E, Haroske G. Tumor necrosis factor-alpha inhibitor-induced psoriasis or psoriasiform exanthemata: first 120 cases from the literature including a series of six new patients. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9(1): 1-14.
- 3.- Rahier JF, Buche S, Peyrin-Biroulet L, Bouhnik Y, Duclos B, Louis E, Papay P, Allez M, Cosnes J, Cortot A, Laharie D, Reimund JM, Lemann M, Delaporte E, Colombel JF. Severe skin lesions cause patients with inflammatory bowel disease to discontinue anti-tumor necrosis factor therapy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8(12): 1048-55.
- 4.- Sansó A, Rocamora V, Sapin A, Royo V, Bosque MJ. Ustekinumab en paciente con enfermedad de Crohn y psoriasis inducida por anti-TNF- $\alpha$ . *Gastroenterol Hepatol*. 2011.

**-77-**

### SÍNDROME DEL GÁNGLIO LINFÁTICO MESENTÉRICO CAVITADO. UNA GRAVE COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD CELIACA.

J. Rodríguez Sánchez-M<sup>(1)</sup>, M. Alonso Lablanca<sup>(1)</sup>, M. Adán Alonso<sup>(1)</sup>, B. López Viedma<sup>(1)</sup>, F. Martín Dávila<sup>(2)</sup>, R. Lorente Poyatos<sup>(2)</sup>, A. Hernández Albuja<sup>(1)</sup>, F Domper Bardají<sup>(1)</sup>, E. De La Santa Belda<sup>(1)</sup>, R. Lorente Poyatos<sup>(1)</sup>, P. Olivencia Palomar<sup>(1)</sup>, C. Verdejo Gil<sup>(1)</sup>, R. Patón Arenas<sup>(1)</sup>, R. Martín Escobedo<sup>(1)</sup>, J. Olmedo Camacho<sup>(1)</sup>, E. Rodríguez Sánchez<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> UNIDAD DE ENDOSCOPIA. SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO.

<sup>(2)</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome del ganglio linfático mesentérico cavitado (SGLMC) es una rara complicación de la enfermedad celiaca potencialmente grave ya que presenta una tasa de mortalidad cercana al 50%. La alteración de la permeabilidad de la barrera intestinal favorece la exposición crónica a determinados antígenos lo cual provocaría un daño isquémico debido a alteraciones endoteliales por depósito de inmunocomplejos a nivel de la vascularización del ganglio linfático

**CASO CLÍNICO.** Varón de 65 años, diagnosticado de enfermedad celiaca hace 10 años, con un curso tórpido de la enfermedad. En los últimos 6 meses, se produce un empeoramiento clínico a pesar de una dieta sin gluten estricta.

Análítica: hemograma con trombocitosis (602.000 plaquetas) y resto de fórmula normal. Bioquímica: albúmina 2,1 g/dl, prealbúmina 8,82 g/dl, ferritina 1054 ng/dl, transferrina 80 mg/dl, vitamina B12 de 12 mg/dl y ácido fólico de 5 mg/dl. ATGT 76 UI (+++). TAC abdominal: sin alteraciones; gastroscopia: úlceras gástricas múltiples y en las biopsias duodenales se apreció una marcada atrofia de vellosidades con un incremento de linfocitos intraepiteliales. Colonoscopia normal.

Ante la falta de mejoría clínica se realizó videocápsula endoscópica, donde se apreció a las 3 horas de exploración, múltiples ulceraciones en yeyuno medio con áreas de estenosis, sugestivas de celiaquía refractaria o linfoma. Se realizó laparoscopia exploradora para tomar biopsias de yeyuno y adenopatías. El estudio anatómico patológico mostro, una pared de intestino delgado con múltiples ulceraciones y atrofia de vellosidades. Gánglio linfático con características morfológicas compatible con ganglio linfático cavitado. Se inició tratamiento con corticoides intravenosos a dosis 1 mg/kg de peso y tras 5 días de terapia intravenosa el paciente fue dado de alta con clara mejoría clínica. El paciente realizó tratamiento corticoideo oral de mantenimiento y en la revisión al mes en consulta permanecía asintomático y con cifras de anticuerpos ATGT en descenso.

#### DISCUSIÓN

El SGLMC es una rara complicación de la enfermedad celiaca donde se considera que la alteración de la permeabilidad de la barrera intestinal podría favorecer la exposición crónica a determinados antígenos lo que provocaría un daño isquémico debido a una agresión endotelial por depósito de inmunocomplejos a nivel de la vascularización del ganglio linfático dando como resultado una necrosis central.

Aparte de los típicos hallazgos de atrofia e inflamación de la mucosa intestinal que se describen en la enfermedad celiaca, encontramos otros signos, como la atrofia e hipofunción esplénica, curiosamente no descrita en nuestro caso. En algunos casos se puede visualizar en ganglio afectado mediante TAC, pero la mayoría de las ocasiones su diagnóstico se basará en el análisis histológico de la pieza.

#### CONCLUSIÓN

El SGLMC es una complicación que si no se sospecha de forma precoz, presenta un pronóstico infáusto. Presentando como principal causa de muerte la desnutrición severa e infecciones graves. Es importante sospecharla en pacientes con enfermedad celiaca de evolución tórpida a pesar de un tratamiento dietético adecuado.

**-78-**

### CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO EN PACIENTE CENTENARIA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA.

Carlos Cerdán\*, Fernando Jiménez\*, Gonzalo Sanz\*, Raimundo García\*, Marta Fernández-Nespral\*, Inmaculada Domínguez\*, Marta Vígara\*\* y Javier Cerdán\*

\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. \*\* SERVICIO DE GERIATRÍA.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 100 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar ausencia de emisión de gases y heces y dolor abdominal de 4 días de evolución.

Antecedentes personales: lo único destacable era hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. No cirugías previas. En la anamnesis dirigida, refería hábito estreñido previo constante, sin

episodios intercurrentes de diarrea ni evidencia de pérdidas hemáticas.

A la exploración física se objetiva un buen estado general, satisfactoria situación nutricional y de hidratación y abdomen levemente distendido y doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No se palpan masas ni organomegalias objetivándose ruidos hidroaéreos de características normales. El tacto rectal revela una ampolla rectal vacía y sin restos hemáticos. Se descarta la presencia de hernias a cualquier nivel.

En la analítica y radiografías simples de tórax y abdomen realizadas en la urgencia no existen datos destacables.

Dada la estabilidad clínica de la paciente se decide ingreso para observación. La evolución clínica y radiológica en las primeras 48 horas es hacia un empeoramiento: ausencia de deposición, incremento de la distensión y mayor dolorimiento abdominal generalizado, así como aparición de dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. Ante estos hallazgos se decide realizar un TC abdominal que muestra la existencia de una masa en ciego, de origen tumoral como primera posibilidad. La colonoscopia confirma la existencia de una neoplasia vegetante en ciego, superpuesta a la válvula ileo-cecal.

Se decide tratamiento quirúrgico urgente comprobándose la existencia de tumoración obstructiva de ciego, con ausencia de diseminación locoregional ni a distancia. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-transversa y cierre de pared abdominal con malla de polipropileno supra-aponeurótica como profilaxis de eventración / evisceración, sin incidencias anestésicas ni quirúrgicas.

La evolución postoperatoria inicial transcurrió con un día de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos; el resto del postoperatorio en planta, con control compartido con el Servicio de Geriátrica, sin incidencias significativas, salvo existencia de un seroma de pared e infección del tracto urinario que se resolvieron satisfactoriamente, siendo dada de alta a su domicilio a los 15 días de la intervención.

#### CONCLUSIONES.

- Ante un Cáncer Colorrectal, la edad no debe ser considerada por sí misma una contraindicación para tratamiento quirúrgico, incluso en el contexto de cirugía urgente en pacientes centenarios.
- La evaluación metódica y control multidisciplinar de los pacientes de edad tan avanzada, excepcionales por otra parte, es fundamental para poder ofrecer buenos resultados tras tratamiento quirúrgico.

-79-

### FÍSTULA SIGMOIDO-VESICAL Y ENTERO-VESICAL OCASIONADA POR UROTELIOMA.

*Cristina López\*, Marta Fernández-Nespral\*, Gonzalo Sanz\*, José Luis Senovilla\*\*, M<sup>a</sup> Eugenia León\*\*, Karina L. Antonio\*\*\* y Javier Cerdán\*.*

\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. \*\* SERVICIO DE UROLOGÍA. \*\*\*SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

**INTRODUCCIÓN.** Presentamos una paciente con neoplasia vesical y fístulas colo e ileovesical. La fístula enterovesical es una entidad poco frecuente, secundaria generalmente a un proceso inflamatorio o infeccioso intestinal: Diverticulitis aguda (50-70%); Cáncer de colon y recto (15-20%); enfermedad inflamatoria intestinal (10%) y radiación y traumatismos pélvicos, con menor frecuencia. Los tumores vesicales, en cambio, son excepcionales como causa de este proceso.

Presentamos un caso de fístula entero-vesical y sigmoideo-vesical provocadas por urotelioma.

**CASO CLÍNICO.** Mujer de 75 años con antecedentes de histerectomía, en seguimiento por urología por infecciones urinarias (ITUs) de repetición. Ingresó por diarrea de 6-7 deposiciones de consistencia líquida de 20 días de evolución. Refiere episodio previo aislado de hematuria. Se objetivan restos fecales en orina por lo que se solicita cistoscopia y colonoscopia con toma de biopsias, y tomografía computerizada (TC). Los resultados de dichas pruebas resaltan la presencia de un tumor vesical de origen urotelial que fistuliza a sigma y a ileon, sin evidencia de enfermedad a distancia.

La paciente es intervenida quirúrgicamente conjuntamente con el servicio de urología realizándose resección intestinal de segmentos de ileon y sigma afectos, con posterior anastomosis ileocecal y colo-rectal, y cistectomía radical con ureterostomía cutánea bilateral. En el postoperatorio la paciente presentó infección de la herida quirúrgica y absceso periureteral izquierdo secundario a fístula de ureterostomía cutánea izquierda que evolucionó satisfactoriamente manteniendo catéter ureteral uni-J. La paciente fallece por progresión de la enfermedad a los dos meses tras la cirugía. El resultado definitivo de la anatomía patológica fue carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con diferenciación escamosa.

#### CONCLUSIONES

Las fístulas colovesicales secundarias a tumores vesicales suponen un 1,5-8% de todas las fístulas enterovesicales. Éstas tienen una incidencia anual de 0,5 por 100.000 habitantes año. La histología más frecuente de los tumores de vejiga que presentan fístula enterovesical es carcinoma de células transicionales, siendo excepcionales los carcinomas escamosos. Éstos últimos se asocian a infecciones urinarias de repetición y cálculos vesicales. Se debe sospechar su existencia ante la aparición de neumatúria o fecaluria, que son signos patognomónicos. Su tratamiento consiste en resección del segmento intestinal afecto más cistectomía radical en caso de tumor vesical, con posterior derivación urétero-ileal o ureterostomías cutáneas, según se considere de forma selectiva en cada caso concreto.

-80-

### SEPSIS, ANEMIA CRÓNICA, INCONTINENCIA ANAL, INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y ÚLCERA PRESACRA, POR FÍSTULA RECTO-VAGINAL POST-RÁDICA DESAPERCIBIDA, EN PACIENTE NONAGENARIA.

*Marta Vígara\*, Eva Pastor\*, Gonzalo Sanz\*\*, Mario Ortega\*\*, Emmy Arrue\*\*, Carlos Cerdán\*\* y Javier Cerdán\*\*.*

\* SERVICIO DE GERIATRÍA. \*\* SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** Las fístulas rectovaginales (FRV) constituyen una patología sumamente importante por provocar una situación penosa para la mujer que la padece, con grave afectación de su calidad de vida y riesgo de complicaciones, fundamentalmente infecciones, como aconteció en el caso que presentamos.

**CASO CLÍNICO.** Mujer de 91 años, con antecedentes de DM-2, HTA y cardiopatía isquémica, intervenida por cáncer de útero en 1974 y tratada posteriormente con bomba de cobalto. Ingresó en el Servicio de Geriátrica por melenas, fiebre de 38°, afectación del estado general y somnolencia.

En la anamnesis destaca la existencia desde hace tiempo de Incontinencia Anal, infección perineal y úlcera sacra, para lo cual estaba siendo sometida exclusivamente a cuidados locales.

La exploración confirma la existencia de una importante afectación del estado general. TA: 190/100, FC: 90lpm, T<sup>a</sup> de 38°. Abdomen sin ningún dato digno de mención. Úlcera sacra grado II e inflamación de toda la zona perineal y vulvar, con abundantes heces líquidas en vagina y periné. Al tacto rectal se objetiva un canal anal fibrosado, rígido, sin ninguna capacidad de contracción y una amplia comunicación recto-vaginal que da lugar a una verdadera cloaca.

La analítica mostraba datos de infección activa; Hb: 9.8 g/dL y Hcto: 30.4 %. Función hepática y renal conservadas, con datos de desnutrición proteico-calórica severa. Marcadores tumorales, normales.

Hemocultivos positivos para *Enterococcus faecium* y *Staphylococcus haemolyticus*. En el urocultivo creció *Enterococcus faecium* y *Candida albicans*.

Ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Tc abdominal en el que se objetivaba proceso pélvico inflamatorio/tumoral, que engloba recto, vagina y cuello vesical. Gastroscopia: atrofia de la mucosa de fundus, cuerpo y antro. Colonoscopia: Recto estenosado, rígido, con signos de inflamación; gran comunicación con vagina en cara anterior. Resto del colon, sin hallazgos.

Las biopsias tomadas a nivel rectal son informadas como compatibles con *rectitis post-rádica*.

Interpretado el cuadro que presenta la enferma como ocasionado por la fístula recto-vaginal, no diagnosticada con anterioridad, se decide tratamiento quirúrgico. Tras laparotomía se objetiva un importante plastrón inflamatorio en pelvis, que engloba recto, vagina y asa de íleon terminal.

Se practicó desconexión recto-vaginal a nivel de la cloaca y resección recto-sigmoidea y del asa intestinal implicada. Anastomosis íleo-cecal, colostomía terminal izquierda y cierre a nivel de Douglas de la cloaca recto-vaginal mediante epiploplastía.

La evolución de la paciente fue satisfactoria. Se comprobó el cierre vaginal y la ausencia de sintomatología a nivel rectal. Se consiguió la resolución de las ITUS y la cicatrización progresiva de su úlcera sacra. El cuadro anémico también evolucionó de forma satisfactoria, sin necesidad de tratamiento.

#### COMENTARIOS.

Las fístulas recto-vaginales pueden originar importantes complicaciones sépticas, por lo que su corrección suele ser necesaria, adaptando el tratamiento quirúrgico de forma individualizada en función de etiología, localización y situación de la enferma.

-81-

### HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA RESISTENTE A TRATAMIENTO MÉDICO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Noelia Alcaide Suárez, Ramón Atienza Sánchez, Jesús Barrio Andrés, María Teresa Herranz Bachiller, Sara Lorenzo Pelayo, Manuel Pérez-Miranda Castillo, Agustín Caro-Patón Gómez.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** La hemorragia digestiva masiva es una complicación infrecuente de la enfermedad de Crohn (EC). El tratamiento incluye tratamiento médico, endoscópico, radiológico intervencionista y quirúrgico. Presentamos el caso clínico de una paciente con EC que debutó como hemorragia severa y precisó de tratamiento quirúrgico para su control.

**DESCRIPCIÓN.** Mujer de 25 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por cuadro de 4 semanas de evolución de diarrea de 4-5 deposiciones líquidas al día, dolor abdominal difuso y pérdida de 8 kg de peso. En los últimos días comienza con rectorragia y fiebre de 39°C. A la exploración presenta palidez cutáneo-mucosa, aftas orales y dolor abdominal difuso sin peritonismo. En la analítica destaca Hb 7.9 g/dl, Hto 23.5% y PCR 182 mg/l. La radiografía de abdomen fue normal. Se realiza colonoscopia observándose amplias regiones con ulceraciones grandes y profundas desde recto a colon transverso separadas por mucosa normal, sin poder completar la exploración por riesgo de yatrogenia y tomándose biopsias para estudio histológico y microbiológico. Se realiza TC abdominal para descartar complicaciones intra-abdominales, presentando engrosamiento difuso de la pared de íleon terminal y del colon con inflamación de la grasa adyacente, adenopatías reactivas y líquido libre en pelvis. Con la sospecha de brote severo de enfermedad de Crohn se inicia tratamiento intravenoso con corticoides a dosis plenas y antibioterapia de amplio espectro. Tras cuatro días de buen control, sin diarrea sanguinolenta ni fiebre, comienza con hemorragia baja masiva con signos de shock hipovolémico que precisa ingreso en cuidados intensivos y transfusión de 10 concentrados de hematies. Los hemocultivos, cultivos de biopsias, heces y toxina de *Clostridium difficile* fueron negativos y las biopsias de colon fueron compatibles con enfermedad de Crohn. Ante la ausencia de respuesta a corticoides, se inicia tratamiento con Infiximab a dosis de 5 mg/kg. Cinco días después presenta nuevo episodio de hemorragia masiva por lo que se decide intervención quirúrgica de urgencia realizándose colectomía total y resección de los 10 últimos cm de íleon terminal e ileostomía. La paciente presenta buena evolución. Actualmente, sigue tratamiento con Infiximab, está asintomática, con curación mucosa y pendiente de reconstrucción de la ileostomía.

#### DISCUSIÓN

En los episodios de hemorragia digestiva masiva en pacientes con EC, el tratamiento con infliximab puede controlar el sangrado al inducir una rápida curación mucosa. Sin embargo, en nuestro caso fue necesario realizar intervención quirúrgica al no obtener respuesta precoz con el tratamiento médico.

-82-

### COMPARACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PÉLVICA CON LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER RECTAL

Noelia Alcaide Suárez<sup>1</sup>, Juan José Arenal Vera<sup>2</sup>, Alejandro Vara Castrodeza<sup>3</sup>, Beatriz Madrigal<sup>4</sup>, Sara Lorenzo Pelayo<sup>1</sup>, María Teresa Herranz Bachiller<sup>1</sup>, César Herrero Quirós<sup>1</sup>, Carolina Almohalla Álvarez<sup>1</sup>, Agustín Caro-Patón Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup>SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. <sup>3</sup>SERVICIO DE RADIOLOGÍA. <sup>4</sup>SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** El estadiaje locoregional del cáncer de recto (CR) es uno de sus principales factores pronósticos ya que permite aplicar el tratamiento adecuado según las características del tumor. La Resonancia Magnética Pélvica (RMP) es una técnica empleada en su valoración prequirúrgica. El objetivo de este estudio es evaluar la precisión diagnóstica de esta técnica en nuestro centro comparándola con la anatomía patológica, considerada el estándar de oro.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se han analizado mediante un estudio descriptivo y transversal los 132 pacientes diagnosticados de cáncer rectal en nuestro centro del año 2006 al 2009. Los criterios de

inclusión fueron: adenocarcinomas de recto con estudio de RM completo, intervenidos quirúrgicamente y sin tratamiento oncológico neoadyuvante previo. Del total de pacientes, a 57 no se les realizó RMP y de los 75 restantes, sólo 36 cumplieron los criterios de inclusión. Se ha realizado un estudio de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión diagnóstica.

#### RESULTADOS.

El estadiaje para la penetración de la pared (T) coincidió en 21 pacientes (58.33%), se sobreestadiaron 6 pacientes (16.67%) y se infraestadiaron 9 (25%). Al analizar la afectación ganglionar (N), se realizó un estadiaje correcto en 19 pacientes (52.78%), se sobreestadiaron 8 (22.22%) y se infraestadiaron 9 (25%) De los 36 pacientes estudiados únicamente coincidió el estadiaje TN en la RMP y en el estudio histológico en 7 (19.44%).

#### CONCLUSIÓN.

La RMP presenta una baja precisión para el estadiaje TN y T en nuestro centro. Sin embargo, para el N los resultados son próximos a los disponibles en la literatura. En nuestro hospital no existen radiólogos especializados por unidades anatómicas ni se emplean enemas de metilcelulosa durante la RMP lo que pueden constituir los puntos clave para la justificación de estos resultados.

-83-

### ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL CÁNCER DE RECTO EN NUESTRO CENTRO

Noelia Alcaide Suárez<sup>1</sup>, Juan José Arenal Vera<sup>2</sup>,  
Alejandro Vara Castrodeza<sup>3</sup>, Lorena Sancho del Val<sup>1</sup>,  
Rafael Ruiz-Zorrilla López<sup>1</sup>, Vallecillo Sande MA<sup>1</sup>,  
Fernández Orcajo P<sup>1</sup>, Agustín Caro-Patón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

<sup>2</sup> SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. <sup>3</sup> SERVICIO DE RADIOLOGÍA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La Resonancia Magnética Pélvica (RMP) aporta información fundamental para la valoración prequirúrgica de los cánceres rectales (CR) y para el manejo terapéutico de estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es determinar la calidad de los informes de RMP de los pacientes con CR de nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS.

Se han estudiado de manera retrospectiva los informes de RMP de los pacientes con CR que fueron sometidos a esta prueba de 2006 a 2009. Se ha valorado si constaba la clasificación TN y otros aspectos con importancia pronóstica. Las variables se han estudiado como dicotómicas, es decir, si el parámetro está presente en el informe o ausente.

#### RESULTADOS.

Fueron sometidos a RMP sin utilización de contraste intrarrectal 75 pacientes. En 71 (94.66%) se estudió el nivel de penetración en la pared. La existencia de ganglios regionales en 72 (96%), se hizo diferencia entre adenopatías benignas y malignas en 43 (87.76%) de los 49 que sí las presentaban. La invasión de órganos vecinos constaba en 74 (98.66%). La distancia del tumor al margen anal en 64 pacientes (85.33%). La afectación de la fascia mesorrectal en 62 (82.67%) y la distancia en milímetros desde ésta a cualquier depósito tumoral en 31 (41.33%). El estadiaje TNM constaba en 67 (89.33%). La tasa de detección del tumor fue de 97.33%.

#### CONCLUSIONES

Las variables con implicación pronóstica para el CR constan en aproximadamente el 90% de los informes de RMP. Sin embargo, es necesario mejorar en la valoración de la afectación de la fascia mesorrectal. La alta precisión descrita para la RMP en la visualización de ésta y su afectación como predicción de recidiva local, metástasis a distancia y supervivencia global la convierte en una información indispensable para el manejo de estos pacientes.

-84-

### ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL CÁNCER DE RECTO EN NUESTRO CENTRO

Noelia Alcaide Suárez<sup>1</sup>, Juan José Arenal Vera<sup>2</sup>, Beatriz Madrigal<sup>3</sup>, Alba Vargas García<sup>1</sup>, Irene Peñas Herrero<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Agustín Caro-Patón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

<sup>3</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La anatomía patológica (AP) posee un papel fundamental en el cáncer de recto (CR). El diagnóstico inicial está basado en la histología y el análisis de la pieza de resección debe incluir variables con relevancia pronóstica que determinarán el posterior tratamiento del paciente.

El objetivo de este trabajo es determinar la calidad de los informes de AP de los pacientes con CR de nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS.

Se han estudiado de manera retrospectiva los informes de AP de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de CR de 2006 a 2009. Se ha extraído información basándonos en lo que The Royal College of Pathologists considera que debe constar en el análisis histológico de la pieza. Las variables se han estudiado como dicotómicas, es decir, si el parámetro estaba presente en el informe o ausente.

#### RESULTADOS.

Los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica fueron 91. El tamaño del tumor se específico en 90 pacientes (98.90%). El grado de diferenciación del tumor en 88 (96.70%) y la penetración de la pared en 89 (97.80%). La distancia al borde de resección distal en 89 (97.80%) y su infiltración en 83 (91.21%). La distancia mínima de cualquier depósito tumoral al margen circunferencial en 31 (34.06%) y en 2 (2.20%) se estudió la integridad del mesorrecto. El número de ganglios linfáticos afectados en 88 (96.70%), la presencia de infiltración vascular en 54 (59.34%) y de infiltración nerviosa en 35 (38.46%). La existencia de perforación tumoral en 7 (7.70%). El estadiaje TN constaba en 89 (97.80%).

#### CONCLUSIONES.

La mayoría de las variables con implicación pronóstica para el CR constan en más del 90% en los informes de AP de nuestro centro. Sin embargo, es necesario mejorar para algunas de ellas. Probablemente, el empleo de plantillas que permiten organizar y sistematizar la información sea un importante instrumento para mejorar nuestros resultados.

**-85-****ENDOMETRIOSIS APENDICULAR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO**

Sara Lorenzo Pelayo, Gloria Sánchez Antolín, Cesar Novo, María Teresa Herranz Bachiller, Jesús Barrio Andrés, Lorena Sancho del Val, Noelia Alcaide Suárez, Irene Peñas Herrero, Agustín Caro-Patón.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 39 años de edad que consulta por dolor abdominal de dos meses de evolución en fosa ilíaca derecha y región hipogástrica que se intensifica postingesta y en periodos menstruales. Pérdida ponderal acompañante de aproximadamente 3 Kg. sin otra sintomatología

Antecedentes personales según anamnesis, sin aporte de informes médicos, destacan alergia a ampicilina, infertilidad, implantes endometriósicos en cavidad abdominal intervenidos a través de laparoscopia hace años en país de origen.

Exploración sin alteraciones reseñables en cabeza, cuello, tórax y extremidades. Destacando la exploración abdominal con dolor a la palpación profunda sobre todo a nivel de fosa ilíaca derecha.

Pruebas complementarias: Analítica completa con valores de anemia microcítica hipocrómica. Resto de hemograma y bioquímica normal. Se realiza ecografía abdominal con sospecha de tumoración a nivel apendicular y TAC abdominal con contraste intravenoso, observándose lesión sólida intraluminal dependiente de la pared del ciego compatible con patología de origen neoplásico apendicular. Se propone tumor carcinoide como la primera opción diagnóstica y menos probable adenocarcinoma.

Dados los hallazgos se solicita una determinación de ácido 5-hidroxiindolacético en orina de 24 horas con resultado dentro de los valores de la normalidad (0.9 mg/L) y se decide la realización de una colonoscopia diagnóstica para toma de biopsias en la que se observa neoformación apendicular que protuye a la luz colónica de superficie lisa y congestiva sugestiva de endometriosis. Se toman biopsias con resultado anatomopatológico con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos.

Dada la clínica del paciente y la presencia de tumoración apendicular se decide la extirpación mediante cirugía laparoscópica. Se identifica lesión indurada en polo cecal adyacente a válvula ileocecal, realizándose disección de colon ascendente hasta ángulo hepático y 20-30 cm de íleon distal. Estudio anatomopatológico compatible con endometriosis en pared de ciego e íleon terminal.

**DISCUSIÓN**

La endometriosis consiste en la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina afectando entre un 4 y un 50% de las mujeres en edad reproductiva. La clínica predominante consiste en dolor pélvico e infertilidad en más del 50% de las afectadas, existiendo síntomas añadidos según localización de las lesiones

La endometriosis apendicular no solo causa síntomas de apendicitis aguda, sino que también puede causar dolor cíclico y crónico a nivel de la fosa ilíaca izquierda (como en el caso que presentamos), melena, hemorragia intestinal, vólvulo intestinal y perforación intestinal especialmente durante el embarazo.

Aunque los datos de la historia clínica de la paciente, como son la presencia de dolores cíclicos lo puedan sugerir, no siempre los estudios endoscópicos con biopsia de las lesiones permiten el diagnóstico de la misma.

El tratamiento en este caso es quirúrgico debido a la clínica florida de la paciente, siendo la laparoscopia, un método menos invasivo que las técnicas por laparotomía

**-86-****CAUSA INUSUAL DE ÍLEO PARALÍTICO EN MUJER JOVEN**

Sara Lorenzo Pelayo, Juan Ernesto Alonso Santor, Alba Luz Vargas García, María Teresa Herranz Bachiller, Luis Pastor Mancisidor, Rafael Ruiz-Zorrilla, Gloria Sánchez Antolín, Félix García Pajares, Agustín Caro-Patón.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

**CASO CLÍNICO.** Mujer de 26 años de edad en estudio por ginecología por opsomenorrea y alteraciones del ritmo menstrual con fecha de última regla cuatro meses antes de la fecha de ingreso. En tratamiento domiciliario con hierro oral por ferropenia Ingresó en nuestro servicio por dolor abdominal leve en hipogastrio de 72 horas de evolución. Última deposición cuatro días antes. Exploración con abdomen timpánico doloroso levemente a la palpación difusa y disminución de ruidos hidroaéreos a la auscultación. Pruebas complementarias al ingreso: Anemia macrocítica hipocrómica. Bioquímica inicial normal. En Rx simple de abdomen se visualiza importante dilatación de asas colónicas con aire en ampolla rectal. TC abdominal: Distensión difusa de intestino grueso. Colonoscopia dilatación difusa de intestino grueso sin lesiones macroscópicas.

A las 48 horas del ingreso la paciente comienza súbitamente con Frecuencia cardíaca de 120 lpm, Hipertensión arterial con TAS >170-180/100, Diuresis > 3500-4000, parestesias y mialgias en extremidades, siendo más intensas en las inferiores, coincidiendo el inicio de la clínica con comienzo de la menstruación. En analíticas de control destaca valores de sodio y osmolaridad compatibles con SIADH. Se realiza estudios de imagen cerebrales y toracoabdominales exhaustivos descartándose causa macroscópica tumoral del cuadro metabólico e íleo adinámico. Se inicia tratamiento intensivo contra la hiponatremia y nutrición parenteral ante el empeoramiento del cuadro abdominal mejorando progresivamente con correcta tolerancia oral y deposiciones diarias normales con alta hospitalaria. Precisa un nuevo ingreso dos meses después por íleo y vómitos alimenticios sufriendo crisis tónico-clónica generalizada con ingreso en UVI constatándose hiponatremia severa. Permanece en unidad de cuidados intensivos 30 días. Corrigiéndose de nuevo alteraciones hidroelectrolíticas. Se solicita durante este segundo ingreso porfirinas en orina con uroporfirina y ácido delta aminolevulínico elevados confirmándose el diagnóstico de porfiria aguda intermitente.

**DISCUSIÓN**

Las porfirias son un conjunto de enfermedades metabólicas causadas por un defecto en la actividad enzimática implicada en la síntesis del grupo HEMO. Generalmente trastornos hereditarios, aunque no siempre, debidos a mutaciones genéticas de enzimas implicadas en la síntesis de hemo, siendo el depósito patológico de sus precursores el desencadenante de la clínica. Las porfirias Agudas que engloban la porfiria aguda intermitente, porfiria variegata y la coproporfirina hereditaria suelen manifestarse con síntomas gastrointestinales, neurológicos y cardiovasculares inespecíficos que condicionan en muchos de los casos un diagnóstico tardío. La porfiria aguda intermitente es una enfermedad autosómica dominante más frecuente en mujeres. Las crisis de porfiria pueden estar desencadenadas por estrógenos, ayuno prolongado, determinados fármacos que es preciso evitar en este tipo de pacientes. El tratamiento de la crisis esta basado en la administración de Hemina y glucosa intravenosa.

**-87-**

### **SANGRADO RECTAL TRAS BIOPSIA PROSTÁTICA PROCEDENTE DE AMBOS LÓBULOS DE LA PRÓSTATA**

*G. González Redondo, L. Fernández Salazar, B. Velayos Jiménez,  
L. Ruíz Rebollo, A. Macho Conesa, S. Gómez de la Cuesta,  
JM González Hernández.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

La biopsia prostática trans-rectal guiada por ultrasonidos, es el método más eficaz para confirmar el cáncer de próstata. Se realiza generalmente de forma ambulatoria y es considerado un procedimiento seguro. Se suelen tomar muestras de 6 puntos repartidos entre ambos lóbulos prostáticos. Sin embargo pueden ocurrir complicaciones como hemorragias que requieren transfusión sanguínea y tratamiento endoscópico. Presentamos un caso de sangrado post-biopsia prostática trans-rectal guiada por ultrasonidos en dos tiempos de ambos lóbulos de la glándula pancreática.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente varón de 73 años anticoagulado con dicumarínicos por prótesis mecánica mitral definitiva desde 2008, fibrilación auricular y hemorragia digestiva en 2009 por AINES. Ingresó por rectorragia. Seis días antes se le había practicado una biopsia prostática trans-rectal por elevación del PSA previa normalización del INR. La colonoscopia reveló desde últimos cms de sigma y recto

sangre rojo vinosa, tras lavados repetidos se evidenció una lesión con fibrina excavada en cara anterior de recto, a 1-3 cm de línea dentada. No presentaba sangrado en el momento de la exploración, si bien, al pinchar con aguja de esclerosis sangraba en sábana de forma llamativa. Se esclerosó con adrenalina diluida 3 cc y se colocó un clip de hemostasia. Tres días después, una vez dado de alta, presentó nuevo episodio de rectorragia. La colonoscopia demostró gran cantidad de sangre y coágulos en recto y colon izquierdo casi hasta esplénico, se identificó el clip previo sin sangrado activo. Se observó así mismo sangrado activo en forma de jet en zona algo más a la izquierda que el sangrado previo, colocándose otro clip e inyectando adrenalina diluida submucosa a nivel de ambos clips.

#### **DISCUSIÓN**

La incidencia del sangrado rectal secundario a la biopsia prostática trans-rectal se estima entre 1,3%-58,6%. No es por tanto una complicación rara pero sí es infrecuente el sangrado procedente de los dos puntos de biopsia en sendos lóbulos de la glándula. En este caso el segundo sangrado procedente del lóbulo izquierdo se presentó 72 horas después del primero. En ambos casos fue preciso el tratamiento endoscópico. Se suelen emplear diferentes técnicas para el control del sangrado, bien por métodos compresivos, con inyección de esclerosantes o coacción de bandas. El uso de endoclips ha sido ampliamente utilizado en la práctica de la endoscopia gastrointestinal sin complicaciones.