



# Comunicaciones Orales

26-27 DE OCTUBRE DE 2012

## Comunicaciones Orales MESA 1

### DESARROLLAR UNA HERRAMIENTA CAPAZ DE PREDECIR LA RESPUESTA VIROLÓGICA EN LAS PRIMERAS 4 SEMANAS EN PACIENTES CON HEPATITIS C GENOTIPO 1 Y 4 TRATADOS PEGINTERFERÓN Y RIBAVIRINA.

Javier Crespo García<sup>(1)</sup>, Beatriz de Cuenca<sup>(2)</sup>, Edmundo Baeyens<sup>(3)</sup>,  
Javier García-Samaniego<sup>(4)</sup>, María del Mar Alonso<sup>(5)</sup>,  
Juan Buenestado<sup>(6)</sup>, Raquel Muñoz<sup>(7)</sup>, Moisés Diago<sup>(8)</sup>,  
Antonio García<sup>(9)</sup>, Carlos Mínguez<sup>(10)</sup>, Luis Enrique Morano<sup>(11)</sup>,  
José Antonio Girón<sup>(12)</sup>, Juan Julián González García<sup>(13)</sup>,  
Ricard Solá<sup>(14)</sup>, Manuel Romero-Gómez<sup>(15)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER). <sup>2</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL INFANTA CRISTINA (PARLA. MADRID). <sup>3</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DE JAÉN. <sup>4</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL CARLOS III & CIBEREHD. <sup>5</sup> SERVICIO DE INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. <sup>6</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA. <sup>7</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. <sup>8</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA. <sup>9</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARINA BAIXA. <sup>10</sup> SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN. <sup>11</sup> SERVICIO DE INFECCIOSAS. HOSPITAL DE MEXOEIRO. <sup>12</sup> SERVICIO DE INFECCIOSAS. HOSPITAL PUERTA DEL MAR. <sup>13</sup> SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. <sup>14</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DEL MAR. <sup>15</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DE VALME & CIBEREHD.

**ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.** La respuesta virológica durante las primeras cuatro semanas de peginterferón y ribavirina parece ser crucial para clasificar correctamente a los pacientes de acuerdo a la sensibilidad al interferón y para la toma de decisiones sobre los inhibidores de la proteasa en la terapia triple. Objetivos: Desarrollar una herramienta capaz de predecir la respuesta virológica en las primeras 4 semanas en pacientes con hepatitis C genotipo 1 y 4 tratados con P + R.

**PACIENTES Y MÉTODO:** trescientos diecinueve pacientes con hepatitis crónica C genotipo 1 y 4 tratados con peginterferón y ribavirina durante 48 semanas fueron incluidos prospectivamente en la cohorte de estimación y 168 pacientes en la cohorte de validación. Los pacientes coinfectados con el VHB y el VIH fueron excluidos. Los factores relacionados con el huésped como HOMA, el colesterol LDL, Fibrosis, AST / ALT, el IMC, la edad, el sexo, los polimorfismos IL28B y factores virales como el genotipo y la carga viral se incluyeron en el análisis univariado y multivariado.

**RESULTADOS:** características basales: Media edad: 46 (DE: 9,6), hombres (62%), IMC: 26,6 (4,4); fibrosis F3-F4 18%; carga viral alta (> 800.000 UI / ml) 56%, Genotipo 1: 85 % ; IL28B-CC 38%. Ciento doce pacientes (25%) consiguieron Respuesta virológica rápida. En la cohorte de estimación, los factores asociados con una mayor probabilidad de lograr RVR fueron: • edad (OR 0,94, IC 95%: 0.91-0.98, p = 0,001), • la carga viral (OR: 3,89, IC 95%: 1.99-7.58, p = 0,0001), • el genotipo IL28B (OR 5,59, IC 95% :2.91-10 .74, p = 0,00001), • genotipo (OR 0,496, IC 95% :0.225-1, 096, p = 0,083) La capacidad de predecir la RVR se calculó como:  $1 / (1 + e^{-(0.567 - 0.060 \times \text{edad (años)} \times 1359 \text{ VL} + -0.701 \text{ IL28B Genotipo } x)})$ .

AUROC fue de 0,81 (IC del 95%: desde 0.75 hasta 0.87) en la cohorte de estimación y 0,79 (IC 95%: 0.71 a 0.87) en la cohorte de validación (p= 0,694).

**CONCLUSIONES.** Seleccionando la edad, IL28B, el genotipo y la carga viral se construyó una herramienta capaz de predecir RVR en pacientes con hepatitis crónica C genotipo 1 y 4 tratados con peginterferón alfa 2-a y ribavirina. Los pacientes con una baja probabilidad de respuesta pueden ser detectados a priori y beneficiarse en la decisión sobre la mejor estrategia terapéutica para ellos.

### RESULTADOS PRELIMINARES DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON HEPATOPATIA CRONICA VIRUS C TRATADOS CON TELAPREVIR EN TRIPLE TERAPIA

Lorena Hidalgo Aguirre, Juan José Sanchez Ruano,  
Tomás Artaza Varasa, Marta Romero Gutiérrez,  
Carlos Vargas González, Janelisse Ramírez Ramos,  
Patricia Rivas Maldonado, Rafael Gómez Rodríguez

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

**INTRODUCCIÓN.-** Recientemente ha sido aprobada la asociación de telaprevir (TPV) con interferón pegilado (PEG-IFN) y ribavirina (RBV) en el tratamiento de los pacientes con hepatopatía crónica virus C (HC HVC) genotipo 1. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la eficacia y seguridad de esta triple terapia en los pacientes tratados en nuestro Centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS.-** Desde Diciembre-2011 hasta Junio-2012, 26 pacientes con HC HVC genotipo 1 compensada han iniciado tratamiento con TPV, PEG-IFN y RBV en nuestro Centro. Se analizaron los datos epidemiológicos, analíticos, histológicos y virológicos basales de los pacientes, así como los datos preliminares de eficacia y seguridad de dicho tratamiento en semana 12, utilizando una técnica con nivel de detección <15 UI/ml para la determinación de la carga viral.

**RESULTADOS.-** De los 26 pacientes que han iniciado tratamiento, 19 de ellos (14 hombres y 5 mujeres) con una edad media de  $52 \pm 6,66$  años iniciaron el tratamiento hace más de 12 semanas. La mayoría pertenecían al genotipo 1b (16), eran heterocigotos CT del gen de la IL28B (12) y presentaban fibrosis avanzada (15). Siete pacientes eran naives y el resto no respondedores a tratamientos previos. De los 19 pacientes, 18 completaron al menos 4 semanas de tratamiento, consiguiendo 16 de ellos respuesta viral rápida (13 carga viral indetectable y 3 detectable por debajo del nivel de cuantificación). Completaron las 12 semanas de tratamiento, 17 de los 19 pacientes, permaneciendo todos excepto uno con carga viral indetectable. Hubo que suspender el tratamiento por efectos adversos en 3 pacientes (semanas 3, 4 y 12). En dos de ellos por causas aparentemente ajenas al tratamiento (ACVA y coledocolitiasis) y en otro por pancitopenia severa y rash. La anemia fue el efecto adverso más frecuente que obligó a la disminución de la dosis de RBV en 7 pacientes, a la utilización de EPO en 10 y a la transfusión sanguínea en 4 casos. El rash apareció en 6 pacientes, en 3 con grado I, en 2 grado II y en uno grado III. De los 8 pacientes que reunían condiciones basales para poder acortar el trata-

miento a 24 semanas, mantuvieron las condiciones de respuesta virológica 5 de ellos.

**CONCLUSIONES.-** La triple terapia con TPV, PEG-IFN y RBV consigue unos resultados excelente en las 12 primeras semanas de tratamiento en pacientes con HC HVC genotipo 1. La anemia y el rash son los efectos adversos más frecuentes pero que rara vez provocan la suspensión del tratamiento.

## LA HEPATITIS POR VHC INDUCE UN ESTADO PROINFLAMATORIO CRÓNICO QUE INCREMENTA EL RIESGO VASCULAR.

*María Teresa Arias-Loste, Irene Moraleja, Emilio Fábrega, Angela Puente, María Teresa García-Unzueta, Jose Antonio Gómez-Gerique, Javier Crespo*

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER

La infección por el VHC se asocia a resistencia a la insulina y diabetes mellitus II. Hasta la fecha no se ha analizado la interacción entre marcadores inmunológicos e inflamatorios en los pacientes con hepatitis por VHC.

**OBJETIVO:** analizar algunos marcadores de respuesta inflamatoria y su relación con el riesgo vascular. Además, se investigaron otros factores de riesgo vascular incluyendo la homocisteína y la lipoproteína a (Lp(a)).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se efectuó un estudio caso-control prospectivo incluyendo 69 sujetos sanos y 96 pacientes con HC-VHC genotipo I y 50 sujetos sanos pareados por edad y sexo. Todos los sujetos VHC positivos estaban infectados por el genotipo I. Ninguno de los pacientes estaban infectados o presentaban una insuficiencia hepática en el momento de la extracción. En todos los pacientes se cuantificó la función renal y los siguientes marcadores inflamatorios: proteína C reactiva (PCR), componente sérico del amiloide A (SAA), homocisteína, cistatina C (CysC) y plasma pentraxina 3 (PTX3). Se efectuó un análisis estadístico de los datos mediante el paquete IBM SPSS Statistic 19.

**RESULTADOS:** los niveles plasmáticos de PTX3 plasmática ( $p < 0.001$ ), SAA ( $p < 0.001$ ), PCR ( $p = 0.05$ ), Lp(a) ( $p = 0.002$ ) y homocisteína ( $p = 0.036$ ), fueron significativamente superiores en los pacientes con hepatitis crónica por VHC que en los pacientes controles (Tabla 1). Los resultados histológicos de los pacientes incluidos en el estudio se observan en la Tabla 1. Los niveles de PTX3 ( $p = 0.004$ ) y Lp(a) ( $p < 0.003$ ) fueron marcadamente superiores en los pacientes con estadio 3-4 respecto a los sujetos con estadios 0-2. No se observe ningún tipo de relación entre PTX3, SAA, PCR y homocisteína en relación con el estadio de fibrosis. Conclusiones: Este es el primer trabajo que demuestra una marcada elevación de los marcadores proinflamatorios en la hepatitis crónica por VHC. Estos datos avala la posibilidad de un incremento del riesgo vascular en estos pacientes.

## INFLUENCIA DE LOS PÉPTIDOS ANTIMICROBIANOS Y NIVELES DE VITAMINA D EN LA PATOGENIA DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VHC.

*María Teresa García-Unzueta, Francisca Santos Benito, Irene Moraleja, Joaquín Cabeza, María Teresa Arias Loste, Javier Crespo*

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER

Los efectos antivirales de la vitamina D pueden explicarse, parcialmente, por su capacidad transactivadora sobre algunos péptidos antimicrobianos que juegan un papel clave en la inmunidad

innata como la catelicidina (LL-37) y la beta-defensina2. Algunas evidencias previas sugieren una disminución de la replicación del VHC en células de hepatoma cuando se estimulan con vitamina D.

**OBJETIVO:** el objetivo principal fue analizar el papel de los péptidos antimicrobianos catelicidina y beta-defensina2 en la patogenia de la hepatitis crónica por VHC y la influencia de los niveles de vitamina D en los mismos.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se efectuó un estudio caso-control prospectivo incluyendo 30 pacientes con HC-VHC genotipo I y 50 sujetos sanos pareados por edad y sexo. Se determinaron los niveles plasmáticos de catelicidina, beta-defensina2, 25-OHD3 y vitamina D binding-protein 1 (VDBP1). Los resultados se estratificaron en función del estadio de fibrosis, genotipo de la interleucina 28B y de los propios niveles de vitamina D.

**RESULTADOS.** Los niveles plasmáticos de catelicidina ( $p < 0,001$ ), beta-defensina2 ( $p < 0,001$ ) y 25 OH vitamina D ( $p: 0,015$ ) fueron significativamente más elevados en los pacientes con HC-VHC que en los controles. Los niveles de catelicidina ( $p: 0,009$ ) y beta-defensina2 ( $p < 0,05$ ) fueron más elevados en los sujetos con una fibrosis significativa ( $F > 2$ ). En los pacientes con HC-VHC, se observó una correlación entre catelicidina y beta-defensina2 ( $r: 0,55$ ;  $p < 0,01$ ). Se observó un déficit o un nivel insuficiente de 25 OHD3 en 1/3 de los pacientes. Los niveles de catelicidina y beta-defensina2 fueron más bajas en los pacientes con niveles insuficientes de 25 OHD3. La concentración de catelicidina (pero no la de defensina) fue superior en los pacientes con genotipos CT y TT de la interleucina 28B que en aquellos con genotipo CC.

**CONCLUSIONES.** Los péptidos antimicrobianos catelicidina y beta-defensina2 probablemente juegan un papel relevante en la patogenia de la HC-VHC. La insuficiencia de vitamina D es frecuente en los pacientes con HC-VHC y existe una notable relación con los niveles de los péptidos antimicrobianos antes descritos.

## ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN SEMANA 12 DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C MONOINFECTADOS Y CO-INFECTADOS CON VHC/VIH.

*Ricard Solá(1), Jose María Martín-Suárez(2), Gregorio Castellano(3), Cristina Tural(4), Ramón Pérez-Álvarez(5), Beatriz de Cuenca(6), Marí Angeles Castro(7), Juan Turnes-Vázquez(8), Santiago Tomé(9), Vicente Ripollés(10), Ramiro Alcántara (11), Moisés Diago(12), José Hernández-Quero(13), Ramón Planas(14)*

<sup>1</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DEL MAR, IMIM.

<sup>2</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN.

<sup>3</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.

<sup>4</sup> SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL.

<sup>5</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.

<sup>6</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL INFANTA CRISTINA.

<sup>7</sup> SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA.

<sup>8</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

<sup>9</sup> SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

<sup>10</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN.

<sup>11</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA.

<sup>12</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA.

<sup>13</sup> SERVICIO DE INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO.

<sup>14</sup> SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL & CIBEREHD.

**OBJETIVO.** Determinar la adherencia al tratamiento de pacientes mono infectados con Virus de la Hepatitis C (VHC) o mono infectados o coinfectados VHC/VIH, análisis intermedio en semana 12.

**MÉTODOS.** Estudio observacional prospectivo en el que participaron 120 investigadores españoles. Se incluyeron pacientes mono infectados por VHC o coinfectados VHC/VIH, =18 años que

iniciaron tratamiento para VHC. Se realizan visitas basal, y en semanas 4, 12, 24 y 48 durante el tratamiento y 24 semanas tras finalizarlo; se presentan resultados del análisis en semana 12. En cada visita se valoró la adherencia según los cuestionarios AdHepta y Morisky-Green. El cuestionario AdHepta incluye dos preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento y 11 (para mono infectados) ó 13 (para coinfectados) preguntas referentes a razones de no adherencia. La no adherencia al tratamiento se valoró siguiendo la regla del 80/80/80.

**RESULTADOS:** 1.120 pacientes fueron evaluables, 801 mono infectados (68,3% hombres) y 319 coinfectados (74,9% hombres). La media (DE) de edad fue 45.3 (8.8) años. Según el cuestionario AdHepta, entre el 2,5% y 3,5% de los pacientes mono infectados fueron no adherentes en semanas 4 y 12, respectivamente; y entre el 2,7% y 2,5% los coinfectados respectivamente. No se encontraron diferencias entre ambos grupos. Según el cuestionario Morisky-Green, entre el 14,0% y 14,8% de los mono infectados fueron no adherentes en las semanas 4 y 12, respectivamente; y entre el 23,3% y 23,2% de los coinfectados respectivamente. Los pacientes mono infectados fueron más adherentes al tratamiento que los coinfectados a las semanas 4 y 12 ( $p < 0,05$ ). Según el cuestionario AdHepta, la razón más frecuente de no adherencia fue 'me olvido de tomar la medicación' (8,2% de mono infectados y 10,8% coinfectados).

**CONCLUSIONES.** La adherencia al tratamiento se mantiene constante 12 semanas después de iniciar el tratamiento. El cuestionario de Morisky-Green tiene alta sensibilidad, pero muestra baja especificidad ya que detecta un alto número de no adherentes. Las diferencias en la adherencia al tratamiento observadas entre ambos cuestionarios deberían compararse al final del tratamiento, analizando su correlación con los diarios de medicación de los pacientes.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VHB AgHBe NEGATIVO CON GPT NORMAL AL DIAGNÓSTICO. ASPECTOS DIFERENCIALES ENTRE GPT NORMAL ALTA Y BAJA.

Antonio Guardiola Arévalo<sup>(1)</sup>, Rafael Gómez Rodríguez<sup>(1)</sup>, Ana Zaida Gómez Moreno<sup>(1)</sup>, Almudena García Vela<sup>(1)</sup>, César Gómez Hernando<sup>(2)</sup>, Rufo Rodríguez Merlo<sup>(3)</sup>, Juan José Sánchez Ruano<sup>(1)</sup>, Gema de la Cruz Pérez<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. <sup>3</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD.

**OBJETIVOS.** Describir las características de los pacientes con infección crónica por VHB AgHBe negativo con GPT normal al diagnóstico, y ver si existen diferencias entre GPT normal alta y normal baja.

**MÉTODOS.** Se realizó un estudio de cohorte-retrospectivo hasta Julio de 2011 en la Unidad de Hepatología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Se incluyó pacientes mayores de 13 años con infección crónica VHB, AgHBe negativo, y GPT normal al diagnóstico, excluyéndose a pacientes coinfectados por VIH, VHC, y/o VHD, con otras hepatopatías, tratados previamente, o con insuficiencia renal crónica no relacionada con el VHB. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, serológicas, DNA (cuantitativo desde Junio de 2005), histológicas, descompensaciones, y éxitus. Se relacionaron dichas variables en los pacientes con GPT normal alta al diagnóstico (40-26mU/ml) y normal baja (<25mU/ml). Se realizaron los análisis estadísticos que fueron necesarios, consideraron significativos p-valoros menores del 5%.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 198 pacientes con un tiempo de seguimiento medio de 84,88 meses (Rango: 390, 47-0). La edad media fue 37,89±11,61 años, siendo el 59,60% mujeres. El 22,22% era de nacionalidad no española. Epidemiológicamente el 23,23% presentaban antecedentes familiares de VHB, el 5,05% tatuajes, el 3,54% transfusiones, y el 1,01% pircing. Se determinó la carga viral al 97,47%, siendo positivo con determinaciones cualitativas en el 59,59%, y con determinaciones cuantitativas (a partir de Junio de 2005) presentaban el primer DNA <2.000 UI/ml el 60,10%, 2.000-20.000 UI/ml el 31,82%, y >20.000 UI/ml el 8,08%. Realizaron la seroconversión del AgHBe 13 pacientes (6,57%). Se realizaron 35 biopsias en el seguimiento, siendo el 57,14% normal o con cambios mínimos, el 37,15% grados variables de inflamación fibrosis, y el 5,71% cirrosis. Teniendo en cuenta datos clínicos-analíticos y de pruebas complementarias presentaban cirrosis 6 pacientes (3,03%). Se produjo descompensación hepática en 3 pacientes (1,52%), y éxitus en 1 (0,51%). Se realizó un análisis bivariable entre los pacientes con GPT normal bajo y normal alto, con las variables descritas previamente, encontrándose únicamente diferencias estadísticamente significativas en el sexo (Mujeres con GPT normal baja 73,28% vs con GPT normal alta 32,84%,  $p=0,000$ ), y el primer DNA cuantitativo determinado (>20.000 UI/ml: GPT normal baja 3,82% vs GPT normal alta 16,42%;  $p=0,010$ ).

**CONCLUSIONES.** Los pacientes con infección crónica por VHB con AgHBe negativo y GPT normal al diagnóstico son algo más frecuentes en mujeres, entre la 3ª y 4ª década de la vida, representando la población extranjera casi una cuarta parte. La mayoría de los pacientes presentan carga viral baja, y el porcentaje de cirrosis y sus complicaciones, aunque bajo, no es despreciable. Los pacientes con GPT normal bajo son predominantemente mujeres, con valores de carga viral más bajos de forma estadísticamente significativa.

### RELACIÓN ENTRE LA DISTRIBUCIÓN CORPORAL Y RESISTENCIA A LA INSULINA CON EL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO, EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA.

Cristina Pisabarras<sup>(1)</sup>, Laura Rodríguez<sup>(1)</sup>, Luis Vaquero<sup>(1)</sup>, Begoña Álvarez<sup>(1)</sup>, María García<sup>(1)</sup>, Marta Aparicio<sup>(1)</sup>, Rubén Díez<sup>(2)</sup>, Santiago Vivas<sup>(1)</sup>, José Luis Olcoz<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN. <sup>2</sup> SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DEL BIERZO.

**INTRODUCCIÓN.** La obesidad, de distribución androide, está asociada con mayor riesgo de diabetes y cardiopatía isquémica. La densitometría (DXA- dual-energy X-ray absorptiometry) es un método útil para el estudio de la composición corporal. A nivel hepático, la obesidad se asocia con aparición de hepatopatía grasa no alcohólica. La DXA se ha utilizado para relacionar la distribución corporal con el riesgo cardiovascular, pero no existen estudios que evalúen su relación con la hepatopatía grasa.

**OBJETIVO:** evaluar si la histología hepática en obesos mórbidos está relacionada con la distribución de masa y grasa corporal en la región androide y ginoide.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se incluyeron 118 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital de León desde Junio 2008 hasta Julio de 2012. Se excluyeron 35 pacientes al no poder realizarse composición corporal en DEXA modelo lunar (límite de peso 150kg). Se evaluó: ( la distribución corporal de la grasa, el perímetro abdominal e índice HOMA) asociados al grado de esteatosis hepática y presencia de EHNA. Se realizó un análisis estratificado según el sexo.

**RESULTADOS.** Se incluyeron un total de 82 pacientes, un 80,5% mujeres. La edad media fue de 45,7 años (DS 9,8) y el IMC de 44,84 (DS:4,52). El HOMA medio resultó de 6,19 (DS4,3) y la media de perímetro de cintura de 127cm (DS 10,05). Un 43,9%, 24,4% y 13,4% mostraron grado 1, 2 y 3 de esteatosis respectivamente. Un 14,6% (12/82) de los pacientes presentaron EHNA. 9, 1 y 2 pacientes tenían fibrosis grado 1,2 y 3 respectivamente. Ninguno de los parámetros de composición corporal resultó asociados a presentar EHNA aunque sí lo estuvo el HOMA (10,01 vs 5,54,  $p=0,013$ ). En análisis estratificado por sexos ninguno de los parámetros de composición corporal resultó asociado a padecer EHNA. Los pacientes con algún grado de esteatosis tenían un perímetro abdominal mayor que los que tenían un hígado normal (127,9 vs 122,9  $p=0,038$ ), ocurriendo lo mismo con el HOMA (6,9 vs 2,9  $p=0,001$ ). En cuanto a la distribución corporal, la esteatosis hepática se asoció con mayor cantidad de masa en la región androide [grado 0: 9,9kg(DS0,4); grado 1: 10,5 kg (DS:0,3); grado 2: 11,4 (DS:0,3); grado 3: 11,2 kg(DS:0,3)] y menor grasa en la región ginoide [grado 0: 10,32kg (DS:0,5); grado 1:8,7kg (DS:0,4); grado 2:8,6 kg (DS:0,5); grado 3:8,3kg (DS:0,3)] de manera estadísticamente significativa ( $p$ -Valor 0,031 y 0,034, respectivamente). En ambos sexos más grasa en la región ginoide se asoció con un menor grado de esteatosis; en la región androide ningún parámetro resultó asociado con el grado de esteatosis en el análisis estratificado.

**CONCLUSIONES.** 1.- La resistencia a la insulina se asoció a la presencia de estosis hepática y de EHNA. 2.- Una distribución ginoide o androide de la grasa corporal parece ser un factor protector o de riesgo respectivamente, para el desarrollo de esteatosis hepática.

### TROMBOSIS VENOSA PORTAL NO TUMORAL EN PACIENTES CON CIRROSIS. RESPUESTA AL TRATAMIENTO

*Patricia Rivas Maldonado, Tomás Artaza, Gema de la Cruz, Concepción González de Frutos, Juan José Sánchez Ruano, Carlos Andrés Vargas, Marta Romero, Rafael Gómez*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD.

**INTRODUCCIÓN.** La trombosis venosa portal no tumoral (TVP) en la cirrosis tiene una prevalencia que oscila entre el 10 y el 25%, asociándose a un empeoramiento de su curso clínico. No existen recomendaciones aceptadas para el manejo de esta complicación en la cirrosis, pero parece que la anticoagulación puede constituir el tratamiento inicial, aunque no existen muchos datos sobre su eficacia y seguridad.

**MÉTODOS.** Se estudiaron de forma retrospectiva 18 pacientes diagnosticados de cirrosis y TVP no tumoral en nuestro hospital entre los años 2008 y 2012. El diagnóstico y seguimiento de los pacientes se efectuó mediante ecografía abdominal (Doppler y con contraste) y TC.

**RESULTADOS.** Los 18 pacientes (11 mujeres, edad media: 58,6  $\pm$  10,1 años) recibieron anticoagulación, 15 con heparina de bajo peso molecular y 3 con anticoagulantes orales. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico hasta comenzar el tratamiento fue de 2,6  $\pm$  2,3 semanas. Se consiguió la recanalización en 9 pacientes, 8 de forma completa (44,4%). El tiempo transcurrido hasta obtener esta respuesta completa fue de 9,1  $\pm$  7,1 meses. En tres pacientes se suspendió el tratamiento tras conseguir recanalización y uno de ellos presentó retrombosis. En los pacientes que no respondieron al tratamiento no se registró ningún caso de progresión de la trombosis. Solo uno de los pacientes (con plaquetas de 30 x 109/L) presentó una complicación hemorrágica. 16 de los

18 pacientes tenían un recuento de plaquetas superior a 50 x 109/L. No hubo diferencias significativas respecto a la aparición de complicaciones de la hipertensión portal según la respuesta al tratamiento. En 15 pacientes se realizó estudio de trombofilia, con resultado positivo en 5 de ellos: 2 con mutación del factor V de Leiden, un caso de hiperhomocisteinemia y otro de síndrome antifosfolípido.

**CONCLUSIONES.** En pacientes cirróticos con TVP no tumoral, el tratamiento anticoagulante consigue la recanalización en casi la mitad de los casos y con un amplio perfil de seguridad.

### UTILIDAD DE LA GLUCOPROTEÍNA 120 COMO INDICADOR DE GRAVEDAD DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

*David Francisco García Núñez, José María Moreno Planas, María del Mar Vicente Gutiérrez, Isabel Ramón Ruiz, Ponciano Martínez Ródenas, Mercedes Garrido Martínez, Karima Marina Villena Moreno, Mabel Vargas Travaglino, María Montealegre Barrejón, Ricardo Pérez-Flores*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO ALBACETE

**INTRODUCCIÓN.** Los anticuerpos antiglucoproteína 120 (gp120) son marcadores que se asocian en algunos estudios clínicos a una mayor severidad histológica en los pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP).

**OBJETIVOS.** El objetivo fundamental fue evaluar si la positividad anti-gp120 es un marcador de la gravedad de la CBP en nuestro medio. Como objetivo secundario se estudiaron las características demográficas de nuestros pacientes.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio retrospectivo de aquellos pacientes diagnosticados de CBP en la consulta monográfica de Hepatología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (C.H.U.A.), en los que se determinó la presencia de anti-gp120 desde febrero de 2007 hasta el presente.

**RESULTADOS.** De los 38 enfermos de CBP estudiados, 37 eran mujeres (97,4%), con una edad media al diagnóstico de 57 años (rango 27-77 años). 14 pacientes tenían HTA (36,8%), 6 DM tipo 2 (15,8%), 15 hipercolesterolemia y 12 hipertrigliceridemia (31,6%). 4 pacientes tenían síndrome de Sjögren (10,5%), 3 hipotiroidismo (7,9%), 2 anemia perniciosa (5,3%), 1 esclerodermia (2,6%), 1 polimialgia reumática (2,6%) y 1 síndrome overlap HAI/CBP (2,6%). Al diagnóstico, 8 pacientes referían astenia (21,1%), 7 prurito (18,4%). 6 tenían poliartralgias (15,8%) y cinco dolor en hipocondrio derecho (13,2%). 5 tenían hepatomegalia (13,5%) y 3 ictericia (7,9%). 4 pacientes presentaban sequedad ocular (10,5%). La elevación de AMA>1/40 se encontró en 31 enfermas (81,6%). En 29 pacientes se solicitó AMA2, elevándose en 24 (82,8%). En 20 casos (52,3%) los ANA eran superiores a 1/40. En 32 casos había colestasis (84,2%). En 27 casos se elevó la IgM (71%) y en 11 la IgG (28,9%). Por ecografía abdominal, en 17 pacientes era normal (44,7%), en 4 había esteatosis hepática (10,5%), y en 17 se visualizaba un hígado nodular (44,7%). 16 pacientes (43,2%) presentaban cirrosis en el momento del diagnóstico, 12 de ellos en estadio Child A (75%), 2 en estadio Child B (12,5%) y 2 Child C (12,5%). Se realizaron 19 biopsias hepáticas (50%), con un Scheuer grado 1 en 5 casos (26,3%), grado 2 en 8 casos (42,1%), grado 3 en 3 (15,8%) y grado 4 en 3 (15,8%). Se solicitó anti-gp120 en 19 pacientes, siendo positivo en 6 (31,6%) y negativo en 13 (68,4%). En los 6 casos positivos, 4 de ellos presentaban cirrosis al diagnóstico (66,7%). En los 13 casos negativos, sólo 4 de ellos eran cirróticos (30,8%). Comparando anti-gp120 y presencia de cirrosis, se obtuvo un p-

valor de 0.319 mediante test de Fischer. El seguimiento medio de los pacientes fue de 2888 días. Durante el estudio, 2 pacientes presentaron encefalopatía (5.2%) y 4 pacientes debieron ser ingresadas por HDA secundaria a varices esofágicas (10.5%). 3 pacientes fallecieron (7.9%), 1 de ellos por hepatocarcinoma y los otros 2 por causas distintas a la CBP. 2 pacientes han sido trasplantados (5.3%).

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie un mayor porcentaje de pacientes con CBP cirróticos presentaron positividad de anti-gp120 que aquellos que no tenían una hepatopatía avanzada. No obstante, esta posible asociación no alcanzó significación estadística.

### PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CIRRÓTICOS.

*Bernad Cabredo B, Ramos-Rosario HA, Badia Aranda E, Moncada Urdaneta A, Cervera Caballero L, Puebla Maestu A, Sáez-Royuela F*

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.

**INTRODUCCIÓN.** **Objetivo:** analizar la prevalencia de la anemia ferropénica en una cohorte de pacientes con cirrosis hepática y por tanto subsidiarios de tratamiento con hierro oral o intravenoso.

**MÉTODO.** Estudio prospectivo descriptivo de una cohorte de 128 pacientes con cirrosis hepática a los que se les realizó analítica y ecografía semestral dentro del programa de cribado de carcinoma hepatocelular (CHC) durante un período de 6 meses, comprendido entre el 01/06/2011 y el 31/12/2011. Los criterios para el diagnóstico de cirrosis hepática fueron los habitualmente aceptados. Se excluyeron los pacientes con un trastorno del almacenamiento férrico como etiología de la cirrosis. El estadio funcional de los pacientes incluidos según la clasificación de Child-Pugh fue A en el 73%, B en el 18% y C en el 4% de los casos. Se realizó a todos ellos analítica que incluía la cuantificación de niveles séricos de hierro y ferritina y los valores de hemoglobina. La etiología de la mayoría de los pacientes fue el alcoholismo (53%), seguida de la infección por VHC (19,5%). Se consideró que existía anemia cuando las cifras de hemoglobina eran menores de 12 g/dl en mujeres y 13 g/dl en hombres; ferropenia cuando la concentración sérica de hierro era menor de 59 microgr/dl y anemia ferropénica cuando las cifras de hemoglobina y sideremia estaban disminuidas con niveles de ferritina disminuidos o entre límites normales.

**RESULTADOS:** de los 128 pacientes, un total de 22 (17,2%) presentaron anemia, de los cuales en 15 se detectó ferropenia (11,7%) y de éstos 11 (8,6%) presentaban además cifras de ferritina normales o disminuidas por lo que consideró que la causa de la anemia era un déficit puro de hierro. En los 4 pacientes restantes con anemia y valores de sideremia disminuidos, los valores de ferritina resultaron elevados. En éstos últimos el origen de la cirrosis fue el alcohol que podría ser también la causa de la hiperferritinemia.

**CONCLUSIONES.** En nuestra cohorte de pacientes cirróticos, en su mayoría con una buena función hepática, aproximadamente uno de cada cinco presentaba anemia. En su mayor parte se trataba de una anemia ferropénica. Existe por tanto una prevalencia no despreciable de pacientes cirróticos subsidiarios de tratamiento con ferrotterapia. Un estudio exhaustivo sobre la etiología de la anemia en pacientes cirróticos debería considerarse de interés, ya que en una proporción elevada tendrá posibilidades de tratamiento.

### Comunicaciones Orales MESA 2

#### INDUCCIÓN A LA REMISIÓN DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA MEDIANTE TRATAMIENTO CON DIETAS. EXPERIENCIA INICIAL.

*J Rodríguez-Sánchez<sup>(1,2)</sup>, R Martín Escobedo<sup>(1)</sup>, E Gómez Torrijos<sup>(3)</sup>, F Martín Dávila<sup>(4)</sup>, B López Viedma<sup>(1)</sup>, R Sotillo<sup>(5)</sup>, P Boils<sup>(6)</sup>, F Luna Hita<sup>(2)</sup>, A Carazo Marín<sup>(2)</sup>, J Olmedo Camacho<sup>(1)</sup>*

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>3</sup> SERVICIO DE ALERGOLOGÍA.

<sup>4</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR).

<sup>2</sup> UNIDAD DE ENDOSCOPIAS. <sup>5</sup> SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE VALDEPEÑAS (CIUDAD REAL).

**INTRODUCCIÓN.** Los corticoides tópicos suponen la primera línea de tratamiento para alcanzar la remisión en la esofagitis eosinofílica (EoE) (<15 eo/hpf en biopsias de esófago), debido a la alta tasa de recurrencia de la enfermedad tras la retirada del tratamiento (90%), se han ensayado exitosamente en población pediátrica nuevos abordajes terapéuticos como son el uso de dietas de exclusión empírica de 6 alimentos (trigo, soja, mariscos/pescados, cacahuete, leche y huevo). La efectividad de esta dieta, está escasamente evaluada en población adulta mediterránea. Hasta la fecha no existen escalas de síntomas validadas de la enfermedad.

**OBJETIVOS.** Evaluar la efectividad de la dieta de eliminación de 6 alimentos (DE6A) y la dieta de eliminación de alimentos a los que el paciente está sensibilizado según los test de alergia (DES) sobre población adulta mediterránea, sus efectos sobre los marcadores de actividad del eosinófilo y en la sintomatología del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se han evaluado los pacientes atendidos en el grupo multidisciplinar de EoE del HGUCR, que se encuentran bajo régimen de tratamiento con dietas (DE6A y DES) analizando los siguientes parámetros: características epidemiológicas, efectos de la dieta sobre parámetros de actividad del eosinófilo (IgE total, ECP en suero, eosinófilos en suero), tasa de mejoría clínica evaluada mediante un cuestionario no validado basado en escala visual analógica de síntomas con máximo de puntuación de 70 puntos.

**RESULTADOS.** Se han incluido 12 pacientes (9 varones; 75%), con edad media 33,75 años. Antecedentes Familiares de atopía 66,7%. Antecedentes personales de atopía 83,3%. El 33% de los que se han tratado con corticoides no alcanzan la remisión. Tan sólo 16 % de los que realizan DES alcanzan la remisión. Mientras que alcanzan la remisión el 60 % de los que realizan DE6A. La tasa de remisión global con dietas alcanza el 66,7% (8/12). Si comparamos respondedores y no respondedores a dieta, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a niveles de IgE total, ECP, eosinófilos en suero, puntuación en escala de síntomas (VAS) pre y postdietas. Aunque sí se muestra una tendencia a la disminución en los niveles de ECP en suero (mcg/ml) en respondedores vs No respondedores post dieta (31,12 vs. 43,30 p=0,40) que no apreciamos en el resto de parámetros de actividad del eosinófilo. Similar hallazgo detectamos en cuanto al descenso medio en la puntuación en la escala de síntomas: respondedores vs. no respondedores (22,4 vs. 17,5 p=0,37).

**CONCLUSIONES.** La estrategia de tratamiento con dietas parece un abordaje adecuado para conseguir la remisión de la EoE. Siendo la DE6A más efectiva que la DES. No podemos establecer diferencias en cuanto a los marcadores de actividad del eosinófilo, probablemente por el escaso volumen de la muestra. La escala de síntomas, a pesar de no estar validada, se correlaciona con la actividad de la enfermedad

## VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN MUCOSA EN PACIENTES CELIACOS TRAS DIETA SIN GLUTEN

Cristina Pisabarrros <sup>(1)</sup>, Luis Vaquero <sup>(1)</sup>, Begoña Álvarez <sup>(1)</sup>,  
 María García <sup>(1)</sup>, Laura Arias <sup>(1)</sup>, Laura Rodríguez <sup>(1)</sup>,  
 Marta Aparicio <sup>(1)</sup>, Santiago Vivas <sup>(1)</sup>, Alejandro Nuñez <sup>(2)</sup>,  
 José M Ruiz De Morales <sup>(2)</sup>, José Luis Olcoz <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE INMUNOLOGÍA COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** La dieta sin gluten (DSG) es el único tratamiento para la enfermedad celíaca. Sin embargo la persistencia de lesiones histológicas pese al cumplimiento estricto de DSG se relaciona con la aparición de complicaciones.

**OBJETIVO:** analizar los factores asociados con la recuperación de la mucosa en pacientes celíacos adultos con DSG.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Desde Enero 1999 hasta Enero 2012 fueron seleccionados todos los pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca en seguimiento en consulta monográfica del Hospital de León. Se evaluó los cambios histológicos (según la clasificación de Marsh) en celíacos adultos al diagnóstico y tras realizar la dieta sin gluten. Las principales variables estudiadas fueron la edad, sexo, el tiempo de evolución clínica hasta el diagnóstico, el título de anticuerpo antitransglutaminasa (ATGT) y la forma clínica de presentación de la enfermedad. Se define la recuperación total como Marsh 0 y recuperación parcial como Marsh I y II.

**RESULTADOS.** Se incluyen 64 pacientes adultos (36,5 años  $\pm$  15,1). El tiempo medio para el diagnóstico de la enfermedad fue de 113,9 meses  $\pm$  116,9. La realización de la segunda biopsia desde el inicio de la DSG fue a los 37,5 meses  $\pm$  24,2. La recuperación total se obtuvo en el 37,5% (n=24) y en 28/64 no se observó recuperación mucosa. Los pacientes que presentaron recuperación completa tenían menores niveles de ATGT (30,6 vs 62,8; p=0,007). Además el tiempo de evolución en los sujetos que no presentaban normalización histológica fue significativamente superior (158,8 vs 34,8 meses; p<0,001). En 18/21 (86%) de los pacientes con atrofia vellositaria leve (Marsh IIIA) se observó una recuperación completa, sin embargo este hallazgo sólo se detectó en 18/43 (41,8%) individuos con atrofia severa (Marsh IIIB y C) (p=0,005).

**CONCLUSIONES.** Un elevado número de pacientes persisten con alteraciones histológicas reseñables pese al cumplimiento estricto de DSG. El diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca y la presencia de formas leves de atrofia vellositaria está relacionado con una mejor recuperación histológica.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES DE LINFOCITOS INTRAEPITELIALES EN LA ENTERITIS LINFOCÍTICA

Cristina Pisabarrros <sup>(1)</sup>, Luis Vaquero <sup>(1)</sup>, Begoña Álvarez <sup>(1)</sup>,  
 María García <sup>(1)</sup>, Laura Rodríguez <sup>(1)</sup>, Marta Aparicio <sup>(1)</sup>,  
 Santiago Vivas <sup>(1)</sup>, Alejandro Nuñez <sup>(2)</sup>,  
 Jose M Ruiz De Morales <sup>(2)</sup>, José Luis Olcoz <sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE INMUNOLOGÍA COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

**ANTECEDENTES.** La enteritis linfocítica (EL) puede representar un grado de lesión intestinal menor en la enfermedad celíaca, pero también se presenta en numerosos procesos no relacionados con la enfermedad celíaca.

**OBJETIVO.** Analizar las diferencias en las poblaciones linfocitarias duodenales de sujetos con EL no celíacos frente a celíacos en dieta sin gluten.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** Fueron recogidos 186 muestras duodenales de pacientes adultos, de las cuales 79 tenían EL: 14 celia-

cos adultos en dieta sin gluten y 65 sujetos no celíacos (12 familiares de primer grado con HLA de riesgo para EC). La EL fue definida por la presencia de más de 25 CD3 por 100 enterocitos. La citometría de flujo fue realizada en la muestra en fresco según técnica habitual y analizando porcentajes de las diferentes poblaciones respecto al total de linfocitos intraepiteliales.

**RESULTADOS.** En los 79 sujetos con EL se observaron las siguientes diferencias en las poblaciones linfocitarias de los celíacos frente a sanos: menor porcentaje de NK (5,7 vs 1,8%) y de CD8 (82 vs 72%), mayor porcentaje de gammadelta (31 vs 6%) y de CD3 (91 vs 71%). También el número total de linfocitos CD3 por inmunohistoquímica fue significativamente superior en los celíacos frente a los no celíacos (43 vs 35). El área bajo la curva ROC para el diagnóstico de celíaca en el grupo de EL fue de 0,971, con una sensibilidad de 93% y una especificidad de 92% para un valor de corte de 13% en la población gammadelta.

**CONCLUSIONES.** La población linfocitaria analizada por citometría de flujo presenta diferencias en la enteritis linfocítica de la EC frente a los sujetos no celíacos. Los linfocitos gammadelta presentan un elevado rendimiento diagnóstico para EC y podrían tener relación con la susceptibilidad para desarrollar atrofia vellositaria.

## ANTECEDENTES FAMILIARES COMO FACTOR DE GRAVEDAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Guillermo González Redondo, Luis Fernández Salazar,  
 Ana Macho Conesa, Benito Velayos Jiménez,  
 José Manuel González Hernández

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

**INTRODUCCIÓN.** Aunque la agregación familiar está demostrada en la EII, con más frecuencia en enfermedad de Crohn (EC) que en colitis ulcerosa (CU), no está claro hasta qué punto se debe a la carga genética o a factores ambientales. La agregación familiar podría influir en la extensión o fenotipo de la CU o la EC.

**OBJETIVO:** comprobar si existe relación entre la presencia de agregación familiar (familiares de primer grado afectados de EII) con formas precoces o más graves de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) en los pacientes seguidos en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario (HCU) de Valladolid.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 295 pacientes, incluidos en la base de datos Eneida; 147 (47,4%) diagnosticados de CU y 148 (47,7%) de EC. Se ha estudiado si la presencia de antecedentes familiares de 1º grado (AF), como factor de riesgo, se asocia a diferencias en la edad al diagnóstico, extensión de la CU, localización y enfermedad perianal en la EC, complicaciones, manifestaciones extraintestinales o a diferentes tratamientos.

**RESULTADOS.** El 7,4% de los pacientes tienen algún familiar de 1º grado afectado de EII; supone el 6,1% y el 8,8% de los pacientes con CU y EC respectivamente. Entre los pacientes con CU el tener familiares de primer grado afectados se asoció a menor edad al diagnóstico (p<0,05) y mayor extensión (E3 66,7% con AF frente a 32,4%; p<0,05). Sin embargo en la EC no se encontraron diferencias en la edad al diagnóstico (p=0,874), ni en la localización de las lesiones [L1 46,5% con AF frente a 56,3% (p=0,482); L2 15,83% frente a 7,41% (p=0,703); L3 38,46% con AF frente a 31,85% (p=0,627)], ni en el grado de afectación perianal [23,1% con AF frente a 18,52% (p=0,689)]. En ninguna de las dos entidades clínicas la presencia de AF se asoció con un aumento de las complicaciones o de las manifestaciones extraintestinales.

**CONCLUSIONES.** Los resultados en cuanto a distribución de la EII y sexoson concordantes con lo descrito en la literatura. Entre los pacientes con CU la existencia de familiares de 1º grado se asocia a formas más precoces (menor edad al diagnóstico) y extensas de la enfermedad. Es muy probable que encontremos relación entre antecedentes familiares y formas más graves de EC al aumentar el número de pacientes

### ENFERMEDAD DE CROHN: REINTERVENCIÓN POR RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD.

Esther Sánchez López<sup>(1)</sup>, Emmy Arrue Del Cid<sup>(1)</sup>, Fernando Jiménez Escobar<sup>(1)</sup>, Gonzalo Sanz Ortega<sup>(1)</sup>, Mauricio García Alonso<sup>(1)</sup>, Carlos Tazonera Sanso<sup>(2)</sup>, Javier Cerdán Miguel<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. <sup>2</sup> DEPARTAMENTO DE DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS (MADRID).

**INTRODUCCIÓN.** Tras intervención quirúrgica por enfermedad de Crohn, es habitual la recurrencia de la enfermedad y en ocasiones es necesaria una nueva operación. Analizamos factores que hacen que suceda dicha eventualidad en nuestros pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes operados en nuestro servicio por enfermedad de Crohn desde 1990 hasta 2008, excluyendo la patología anal. Se analiza la localización inicial de la enfermedad, tipo de intervención realizada, periodo hasta la recidiva, nueva intervención y causa de la intervención.

**RESULTADOS.** Hemos intervenido 61 pacientes (33 H y 28 M), con una media de edad al diagnóstico de 34,16 años y una media de edad en la primera cirugía de 39,45 años. La localización inicial de la enfermedad fue: ileocecal 38 (62,29%), ileal 10 (16,67%), cólica 8 (13,33%) y rectosigmoidea, 2 (3,35%). La causa del tratamiento quirúrgico fue por estenosis en 30 pacientes, fístula entérica en 17, colección intraabdominal en 17 y perforación en 10. Precizaron dos operaciones nueve pacientes (14,75%) y tres operaciones un paciente (4,4%). En 4 de las 10 reoperaciones el tiempo transcurrido fue menor de un año. El periodo medio hasta la recidiva fue de 3,87 años.

**CONCLUSIONES:** 1.- La enfermedad de Crohn a nivel ileocecal sigue siendo la más habitual y la que con mayor frecuencia precisa tratamiento quirúrgico. 2.- Un número importante de pacientes van a precisar de una nueva reintervención por recurrencia de la enfermedad, siendo uno de los principales factores la causa de la primera intervención, la perforación o la colección intraabdominal tienen más posibilidades de requerirla. 3.- No parece que el tipo de intervención realizada influya en la necesidad de una segunda operación.

### ¿ES UNA ESTRATEGIA PLAUSIBLE LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

Emilia Mª Tébar Romero<sup>(1)</sup>, Óscar Roncero García-Escribano<sup>(1)</sup>, Natalia Andrés Navarro<sup>(2)</sup>, Marisa Legaz Huidobro<sup>(1)</sup>, Natividad Sánchez Manjavacas<sup>(1)</sup>, Sami Aoufi<sup>(1)</sup>, Esther Bernardos<sup>(1)</sup>, Rosanna Villanueva Hernández<sup>(1)</sup>, Marina Infantes<sup>(1)</sup>, Paco Pérez Roldán<sup>(1)</sup>, Pedro Santiago González Carro<sup>(1)</sup>, Francisco Ruiz Carrillo<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. <sup>2</sup> SERVICIO DE FARMACOLOGÍA HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.

**OBJETIVOS:** 1º- Valorar la evolución de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) a los que, manteniéndolos

el tratamiento inmunomodulador, se les ha suspendido el tratamiento biológico. 2º- Ver la eficacia de la reintroducción del tratamiento biológico en aquellos pacientes que habiéndose suspendido, fue preciso su reintroducción.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se suspendió el tratamiento biológico con Infiximab (IFX) a 4 pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) y a 3 con Colitis Ulcerosa (CU). Los pacientes habían estado durante una media de 17 meses de exposición al biológico, estando en el momento de la retirada todos ellos en remisión clínica (CDAI <70) y en remisión endoscópica (asegurada mediante ileocolonoscopia y TAC en caso de afectación de delgado), salvo un paciente que suspendió el biológico por incumplimiento terapéutico. Todos los pacientes prosiguieron con su tratamiento inmunomodulador de forma indefinida. Los motivos de retirada del biológico: 3 pacientes por efecto adverso, 3 por curación mucosa mantenida y 1 por iniciativa propia del paciente.

**RESULTADOS.** De los 7 pacientes a los que se les había suspendido el tratamiento biológico, 5 (71%) permanecían en remisión clínica y endoscopia tras un período medio de seguimiento de 17 meses (13-24). Los dos pacientes que recayeron uno lo hizo precozmente (al tercer mes) objetivando tanto recidiva clínica como empeoramiento endoscópico, y otro tardíamente, a los 24 meses. En cuanto a los resultados tras la reintroducción del biológico, en ambos pacientes se ha logrado respuesta clínica tras haberles reintroducido el tratamiento biológico mediante dosis de inducción al primero, y dosis única con posterior mantenimiento al segundo. En el primer caso no se ha conseguido curación mucosa y en el segundo caso está pendiente de exploración.

**CONCLUSIONES.** La retirada del tratamiento biológico en pacientes en remisión clínica y endoscópica mantenida durante más de un año puede ser una actitud coherente, dado que mantiene a pacientes en remisión clínica y endoscópica durante un largo período de tiempo, y además, en caso de tener que precisar la reintroducción del tratamiento biológico, ésta, se ha acompañado de una buena respuesta clínica. Está por definir si se trata de una opción coste/eficaz.

### PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE SU RELACIÓN CON EL NÚMERO DE DEPOSICIONES

Oscar Cano-Valderrama<sup>(1)</sup>, Fernando Esteban<sup>(1)</sup>, Carlos Cerdán<sup>(1)</sup>, Rodrigo Sanz<sup>(1)</sup>, Mario Ortega<sup>(1)</sup>, Mauricio García<sup>(1)</sup>, Norman Cervantes<sup>(1)</sup>, Andrés Sánchez-Pernaute<sup>(2)</sup>, Javier Cerdán<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

<sup>2</sup> SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO UNIV. SAN CARLOS.

**INTRODUCCIÓN:** durante los últimos años hemos asistido a un aumento espectacular del número de intervenciones por Obesidad Mórbida realizadas en nuestro país. Sin embargo, este tipo de cirugías no están exentas de complicaciones a corto y largo plazo. Entre estas complicaciones se encuentra el aumento en el número de deposiciones y el cambio en la composición química de las heces. Estos dos factores pueden ayudar a que, en pacientes predispuestos, aparezca patología proctológica previamente no manifestada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** incluimos en nuestro estudio una cohorte de 196 pacientes intervenidos por obesidad mórbida en nuestro servicio entre junio de 2000 y enero de 2008. La técnica quirúrgica realizada fue un bypass gástrico en 99 pacientes y una derivación biliopancreática en 97. Un 76,5% de los pacientes eran

mujeres, la edad e IMC medio de nuestra cohorte fueron de 42,7 (20-69) años y 48,8 (34,6-80,1) kg/m<sup>2</sup> respectivamente. Para la realización del estudio se ha realizado una revisión del historial clínico de cada paciente, así como una encuesta telefónica. Se interrogó a los pacientes sobre el número de deposiciones que presentaban al día, si habían sufrido patología proctológica antes o después de la intervención, si habían sido intervenidos por ésta causa y qué tipo sintomatología proctológica habían padecido. El objetivo de nuestro estudio es describir el tipo de patología proctológica de nueva aparición en pacientes sometidos a cirugía bariátrica y su relación con el número de deposiciones diarias.

**RESULTADOS:** se excluyeron del estudio a 26 pacientes que habían sufrido algún tipo de patología proctológica antes de la cirugía bariátrica. Del resto, y tras un seguimiento medio de 87,9 (42-135) meses tras la cirugía bariátrica, 51 pacientes (37,2%) sufrieron patología proctológica de nueva aparición. El tipo de patología que se desarrolló en estos pacientes fue hemorroidal en 29 casos (53,9%), fisura anal en 16 (31,4%), absceso o fístula perianal en 7 (13,7%), prurito anal en 5 (9,8%), incontinencia anal en 4 (7,8%), proctalgiya en 2 (3,9%) y prolapso rectal en 1 (2%). 14 (27,4%) de estos pacientes fueron sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica como tratamiento de su afección proctológica. El número medio de deposiciones diarias fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron patología proctológica que en los que no lo hicieron (2,7 vs 2 p= 0,047).

**CONCLUSIONES:** los pacientes sometidos a cirugía bariátrica sufren una incidencia elevada de problemas proctológicos de nueva aparición tras la intervención (37,2%), que parecen estar relacionados con un aumento en el número de las deposiciones. El diagnóstico proctológico más frecuente en estos pacientes es la patología hemorroidal, seguida de fisuras y abscesos perianales.

## TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ANAL MEDIANTE NEUROMODULACIÓN DEL NERVIU TIBIAL POSTERIOR

Mario Ortega López, Rodrigo Sanz, Gonzalo Sanz, Mauricio García Alonso, Fernando Jiménez, Carlos Cerdán, Javier Cerdán

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID.

**INTRODUCCIÓN.** El tratamiento de la incontinencia anal (IA) es complejo y debe ser individualizado. Existen diversas posibilidades: Farmacológico, Dietético, Quirúrgico, Biofeedback, Neuromodulación Raíces Sacras, Neuroestimulación Nervio Tibial Posterior (PTNS), y Bulking agents fundamentalmente. La PTNS ha demostrado ser una técnica útil, con poca morbilidad, bajo coste y fácil de aplicar. Los resultados son susceptibles de mejora según se van conociendo los mecanismos a través de los cuales actúan estos procesos. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de PTNS en nuestra unidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Entre Enero de 2010 y Diciembre de 2011, fueron tratados de IA mediante PTNS (técnica Stoller) 38 pacientes (25 mujeres y 13 hombres). Los criterios de inclusión fueron Wexner igual o superior a 10, mayores de 18 años, más de 4 fugas al mes, fracaso de tratamiento conservador e integridad de esfínter externo. Todos los pacientes recibieron 20 sesiones (1/semana) de estimulación. Se realizó ECO anal, manometría, estudio funcional, diario defecatorio, test de Wexner y test de calidad de vida. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SSPS.

**RESULTADOS.** La edad media fue de 58 años (19-78). La ecografía muestra integridad de esfínter externo en todos los casos. Globalmente la puntuación del test Wexner mejoró significativa-

mente de 12 a 7 (p<0.005). Se redujo el 50% de episodios de incontinencia en el 47,3% del total. A los 6 meses de terminar el tratamiento se reduce al 23,6%. Los test de calidad de vida mostraban mejoría en todos sus dominios.

**CONCLUSIONES.** La PTNS es un tratamiento eficaz en pacientes seleccionados con IA cuando han fracasado las medidas conservadoras, siendo de fácil aplicación y con un número mínimo de complicaciones. Sus efectos beneficiosos disminuyen con el paso del tiempo.

## INFLUENCIA DE LAS CONSULTAS COMPARTIDAS ENTRE GASTROENTEROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LAS DERIVACIONES AL HOSPITAL

Caro-Patón Agustín<sup>(1)</sup>, Laura Mata Román<sup>(2)</sup>, Ana Almaraz Gómez<sup>(3)</sup>, Manuel Jiménez Rodríguez-Vila<sup>(4)</sup>, Lourdes del Olmo Martínez<sup>(5)</sup>, Elisa Ibañes Jalón<sup>(6)</sup>

<sup>1</sup> DPTO.MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID.

<sup>2</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO.

<sup>3</sup> DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.

<sup>4</sup> FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID. <sup>5</sup> CENTRO DE SALUD GAMAZO.

VALLADOLID. <sup>6</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

<sup>6</sup> CENTRO DE SALUD "CASA DEL BARCO". VALLADOLID.

**INTRODUCCIÓN.** El incremento de enfermedades crónicas por envejecimiento de la población, nuevas tecnologías, etc han contribuido a incrementar las derivaciones de Atención Primaria al hospital, y el sistema de salud frecuentemente se desborda con la creciente demanda. Para mejorar la coordinación entre niveles, se han estudiado diversas intervenciones de tipo formativo, organizativo o financiero para procurar una atención integral a los pacientes.

**OBJETIVOS:** evaluar la influencia de una intervención en las derivaciones a las consultas hospitalarias, así como su pertinencia y las diferencias entre medio urbano y rural.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se ha realizado una intervención de tipo fundamentalmente formativo, consistente en consultas compartidas de Gastroenterología con Atención Primaria, en un centro de salud urbano y otro rural, comparados con dos centros control respectivamente. En reuniones mensuales se organizaban y se realizaban consultas compartidas con el médico de Atención Primaria con presencia física de los pacientes, así como sesiones clínicas en relación con pacientes y temas de la especialidad. Se realizaron en el centro urbano 27 intervenciones y 28 en el rural. El periodo de estudio fue de Noviembre de 2004 a junio de 2008, con un periodo de referencia de 12 meses y uno de intervención de 30 meses, dividido éste a su vez en dos periodos (1 y 2). Se valoraron una serie de parámetros sobre 1449 derivaciones realizadas desde Atención Primaria a las consultas de Aparato Digestivo (derivaciones a consultas de Aparato Digestivo, consultas sucesivas, hospitalizaciones, urgencias hospitalarias, pertinencia y motivos de derivación). Para el estudio estadístico, la variable de interés es el cambio relativo, en el número de derivaciones de cada uno de los dos periodos de intervención estudiados (P1, P2) en relación al periodo de referencia (P0). Se han estimado los correspondientes intervalos de confianza al 95%.

**RESULTADOS.** Descendió el porcentaje de derivaciones en los centros de intervención 51% en el periodo 1 y 57% en el periodo 2. Entre el centro de intervención y los centros control, descendió el porcentaje de derivaciones un 30% en ambos periodos, solo significativo en el medio rural. No hubo cambios significativos en la pertinencia de las derivaciones ni en los restantes parámetros estu-



diados. Los motivos de derivación mostraron una distribución similar entre centros, predominando la patología del tracto digestivo superior.

**CONCLUSIONES.** Nuestra intervención resultó eficaz en disminuir el número de derivaciones a las consultas hospitalarias de Gastroenterología, aunque se precisan otras intervenciones que mejoren su pertinencia. Una intervención más formal podría ser la solución más idónea para mejorar la pertinencia y probablemente para disminuir la sobrecarga de las consultas externas del hospital.

### Comunicaciones Orales. MESA 3

#### EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DEL CRIBADO EN SUJETOS CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL.

Álvarez Cuenllas B, Díez R, Vaquero L, Pisabarro C,  
García M, Muñoz F, Vivas S, Olcoz J.L

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

**INTRODUCCIÓN.** Las guías para el cribado en familiares de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (AFCCR) reconocen que esta subpoblación presenta un mayor riesgo para desarrollar este tipo de neoplasias, si bien la magnitud de ese aumento de riesgo no está bien establecida.

**OBJETIVO:** • Analizar la evolución del número de colonoscopías solicitadas con indicación de cribado familiar en nuestro centro. • Valorar los hallazgos encontrados en dichas colonoscopias atendiendo a sus características demográficas (edad y sexo).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se analizaron de forma retrospectiva 4408 colonoscopias realizadas por AFCCR desde Abril de 2000 a Enero de 2012. Tras descartar las exploraciones sucesivas en aquellos casos en los que figurase más de una, analizamos 3792 colonoscopias agrupándolas en pacientes asintomáticos frente a pacientes con clínica digestiva además del AFCCR. Se recogieron la edad, sexo y los hallazgos endoscópicos encontrados (colonoscopia normal-pólipos hiperplásicos/resto de pólipos /Ca microinvasor- Adenocarcinoma infiltrante). Se analizó si los pacientes con AF y síntomas tenían hallazgos endoscópicos distintos a los pacientes con AF asintomáticos. Se evaluaron los hallazgos endoscópicos según la edad y el sexo.

**RESULTADOS.** La media de edad de los sujetos fue de 53,13 ± 12,23 años, siendo el 57,4% mujeres. De ellos 3081 (81,25%) pacientes estaban asintomáticos mientras que 711 (18,75%) referían clínica digestiva asociada. Se observó patología (pólipos o adenocarcinomas) en el 30% de los casos. En el grupo de sintomáticos hay más tumores de forma estadísticamente significativa (4,9% vs 1,2% p 0,001), no hubo diferencias en el porcentaje de pólipos encontrados. Las diferencias en cuanto al sexo revelan que en varones hay más prevalencia tanto de tumores (2,6% vs 1,4%; p 0,015) como de pólipos (26,3% vs 15,4 %; p 0,0001). En cuanto a la edad se establecieron tres grupos comparativos: menores de 40 años, pacientes entre 40 y los 60 años y sujetos mayores de 60 años. A medida que aumenta la edad el número de colonoscopias normales disminuye hallando porcentajes de 92,89%, 80,15% y 68,99% respectivamente. Así mismo el porcentaje de pacientes con pólipos (6,91%, 18,89% y 27,75%) y tumores (0,2%, 0,96% y 3,26%) aumentan de forma significativa (p<0,001) a medida que aumenta la edad. El número de endoscopias anuales supone actualmente más del 10% de las colonoscopias ambulatorias realizadas en nuestra unidad

**CONCLUSIONES.** El número de endoscopias por cribado de AFCCR ha sufrido un aumento exponencial durante los últimos

años. La patología observada en esta subpoblación tiene predilección por el sexo masculino y se incrementa con la edad y la clínica asociada. Estos datos obligan a seleccionar esta población de cribado para aumentar su rendimiento y evitar la saturación de las unidades de endoscopias.

#### ¿VALORAMOS CORRECTAMENTE LA TOTALIDAD DEL COLON EN NUESTROS PACIENTES CON ADENOCARCINOMA COLORRECTAL (ACR)?

Edel Berroa de la Rosa, M<sup>a</sup> Lourdes Ruiz Rebollo,  
Benito Velayos Jiménez, Sara Gómez de la Cuesta,  
Luís Fernández Salazar, Sergio Calzada, Fernando de la Calle,  
José Manuel González Hernández

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y MEDICINA INTERNA\*  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALLADOLID

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes diagnosticados endoscópicamente de ACR pueden tener, hasta en un 5-10% de casos, otra neoplasia sincrónica colónica. A la hora de planear la cirugía, es importante conocerlo. La Asociación Americana del Cáncer ha elaborado unas guías clínicas en las que insta a una valoración completa preoperatoria de la totalidad del colon: 1.- En los casos en que la colonoscopia preoperatoria no pueda ser completa se deberá valorar el resto del colon bien con enema opaco o con colono TAC. 2.- Postoperatoriamente se debe realizar una colonoscopia completa en el plazo de unos 3-6 meses.

**OBJETIVO:** analizar los pacientes diagnosticados de ACR cuya colonoscopia fue incompleta. Ver las causas y si se cumplieron las normas de las guías.

**MATERIAL Y PACIENTES.** Pacientes diagnosticados endoscópicamente de "tumor maligno colónico" en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, hospital terciario con una población atendida de unos 300.000 habitantes; el periodo estudiado fue entre Marzo 2004 y Septiembre 2011. Se seleccionaron aquellos pacientes en los cuales la colonoscopia no llegó hasta ciego. Recogimos las causas y si se había conseguido valorar la totalidad del colon por otras técnicas. También se valoró si postoperatoriamente se realizó pancolonoscopia.

**RESULTADOS.** De un total de 699 pacientes diagnosticados de ACR, en 325 (46,5%) la colonoscopia no fue completa. Edad media de 71±11,5, 50% mujeres y 50% varones. En ellos, la causa más frecuente de imposibilidad de valoración total del colon fue la obstrucción tumoral (89%) y como causas menos frecuentes, el dólícolon, la mala preparación colónica y la presencia de diverticulitis. En más de la mitad de estos pacientes (170) no se exploró el resto del colon mediante ninguna otra técnica, en un 3% se realizó enema opaco, en 6% colonoTAC y en 1 paciente se realizó colonoscopia intraoperatoria. En 57 pacientes no se requirió su valoración pues el tratamiento fue exclusivamente paliativo, en 8 pacientes la intervención se realizó de urgencias y no hubo tiempo y en otros 59 pacientes la localización del tumor (colon derecho) hizo que la técnica quirúrgica (hemicolectomía derecha) extirpase el resto del colon. De estos 170 pacientes en los que la totalidad del colon no fue valorada, en un 42% se realizó una colonoscopia de control en el período establecido por las guías postoperatoriamente. postcirugía.

**CONCLUSIONES:** 1.- En nuestra serie de pacientes con ACR, casi en la mitad (46,5%) la colonoscopia no fue completa, principalmente por obstrucción tumoral (89%) 2.- En más de la mitad (52%) no se utilizó ninguna otra técnica para valorar el resto del colon. 3.- En cerca de la mitad de los pacientes (42%) cuya colonoscopia preoperatoria no fue completa se realizó una valoración completa del colon postoperatoriamente.

## ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA INTRAOPERATORIA

Carlos Cerdán, Oscar Cano-Valderrama, Esther Sánchez, Mario Ortega, Fernando Jiménez, Mauricio García, Gonzalo Sanz, Javier Cerdán

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

**INTRODUCCIÓN.** En la cirugía del cáncer colorrectal (CCR) es fundamental descartar la existencia de un tumor sincrónico, lo cual puede ser difícil o imposible en los tumores estenosantes. En nuestra Unidad realizamos colonoscopia intraoperatoria (CIO) en todos los pacientes que no tienen una exploración completa antes de la intervención. Otros objetivos de la CIO son localizar el tumor, asegurar márgenes libres y extirpar pólipos alejados del segmento a reseccionar.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Incluimos en nuestro trabajo aquellos pacientes a los que se realizó CIO durante una intervención por CCR. La CIO se realiza tras la laparotomía en los tumores no estenosantes o tras la anastomosis en el resto. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, analizando la causa de la realización de la colonoscopia, el cambio de actitud tras la prueba y la realización de polipectomía.

**RESULTADOS.** Se incluyen en el estudio 98 pacientes (69 hombres y 29 mujeres) a los que se realizó hemicolectomía derecha en 18 casos (18,4%), hemicolectomía izquierda en 9 (9,2%), sigmoidectomía en 21 (21,4%), Hartmann en 1 (1%), resección anterior de recto en 47 (48%), amputación abdominoperineal en 1 (1%) y pancoloproctectomía en 1 (1%). La CIO se realizó a través de una anastomosis en el 41,8% de los pacientes. La razón para la realización de la colonoscopia fue completar la colonoscopia en 46 pacientes (46,9%), localizar el tumor en 38 (38,8%), polipectomía en 14 (14,3%). La técnica quirúrgica varió sobre la prevista en 5 pacientes (5,1%). Independientemente de la razón para realizar la prueba, se realizó polipectomía en 38 pacientes (38,8%).

**CONCLUSIÓN:** la CIO es una pieza fundamental en el tratamiento de los pacientes con CCR. Durante la misma se realiza polipectomía a un 40% de los pacientes y la cirugía se modifica en un 5% de ellos.

## HALLAZGOS ACCESIBLES A ENDOSCOPIA CONVENCIONAL DETECTADOS EN ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO.

Yuliana Jamanca Poma, Concepción Piñero Pérez, Rosa Acosta Materán, Ana Beatriz Prieto Bermejo, Ana Sánchez Garrido, Alberto Álvarez Delgado, Antonio Velasco Guardado, Antonio Rodríguez Pérez

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**INTRODUCCIÓN.** Se ha comprobado que la cápsula endoscópica (CE), a pesar de ser una tecnología diseñada en un primer momento para el intestino delgado, puede identificar lesiones en el tracto gastrointestinal superior o el colon. Algunos sugieren que se repitan las endoscopias antes de someter al paciente a la CE pero otros postulan que esto es poco rentable, por el bajo rendimiento de demostrado en varias series.

**OBJETIVO:** evaluar la frecuencia de lesiones accesibles a exploraciones endoscópicas convencionales, identificadas mediante CE de intestino delgado, en las exploraciones realizadas con esta técnica en nuestro centro.

**MÉTODOS:** estudio retrospectivo de 150 pacientes sometidos a exploración mediante CE de Intestino delgado en el Hospital Universitario de Salamanca entre Abril del 2010 y Junio del 2012. Tres estudios se descartaron para el análisis por mala preparación. Todos los pacientes habían sido sometidos previamente a gastroscopia y colonoscopia, sin encontrarse hallazgos que justificaran la clínica. Los endoscopistas fueron de diferentes hospitales de Castilla y León y el estudio de la CE fue analizado por un solo médico experto.

**RESULTADOS.** De los 147 estudios, en 49 (33,3%) se encontraron alteraciones accesibles a la endoscopia convencional, y en 38 (25,8%) estos hallazgos eran significativos. La indicación más frecuente en este grupo era la hemorragia digestiva de origen oscuro. Se observó patología gástrica en 14 pacientes: gastritis en 11, engrosamiento de pliegues gástricos en 2 y angiodisplasias en 1. A nivel duodenal se evidenciaron alteraciones en 32: duodenitis en 12, hemorragias activas en 4, úlceras o erosiones en 5, angiodisplasias en 3, estenosis o engrosamiento duodenal en 2, pólipos en 3, atrofia mucosa en 2 y lesión submucosa en 1. Además, se encontró en 3 patología colónica, a pesar de que no se revisan de forma sistemática las imágenes de colon: 2 con sangrado activo sin ver la lesión y 1 con aftas en ciego. Se trataban de alteraciones detectadas en las primeras imágenes de ciego o por el software del sistema de detección de rojos.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** En nuestra serie hay un porcentaje elevado de exploraciones con patología accesible a la endoscopia convencional. Algunos de estos hallazgos no justifican la clínica (por ejemplo las gastritis) y únicamente pueden ser tomadas en consideración una vez descartada patología a otros niveles del intestino. Los hallazgos de duodeno fueron todos significativos por lo que pensamos que cuando la indicación es la hemorragia digestiva de origen oscuro la exploración duodenal en las gastroscopias debería realizarse de forma más exhaustiva. No hemos analizado la experiencia del endoscopista ya que no disponemos de ese dato al ser centro de referencia para la realización de CE. La visualización de forma sistemática de las imágenes de colon podría aumentar el rendimiento de la exploración.

## UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD CELÍACA

Fernández, Luis<sup>(1)</sup>; Velayos, Benito<sup>(1)</sup>; Macho, Ana<sup>(1)</sup>; Ruiz, Lourdes<sup>(1)</sup>; Aller, Rocío<sup>(1)</sup>; González, Guillermo<sup>(1)</sup>; González, José Manuel<sup>(1)</sup>; Berroa, Edel<sup>(1)</sup>; García, Sara<sup>(2)</sup>; Núñez, Henar<sup>(3)</sup>; Mata, Laura<sup>(4)</sup>; Vivas, Santiago<sup>(5)</sup>; Santamaría, Ana<sup>(6)</sup>

<sup>1</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. <sup>2</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. <sup>3</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID.

<sup>4</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MEDINA DEL CAMPO.

<sup>5</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

<sup>6</sup> SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA.

**OBJETIVOS.** Describir las indicaciones y hallazgos de la CE en pacientes celíacos.

**MÉTODOS.** Se revisó de forma retrospectiva las indicaciones y hallazgos de la exploración con CE de 17 pacientes con diagnóstico de EC. La cápsula empleada fue PillCam (GivenImaging). Se consideraron los siguientes como signos endoscópicos de atrofia: Ausencia o disminución de villi, festoneado o disminución de pliegues, nódulos, patrón en mosaico y fisuras o surcos. Además se evaluó la presencia de erosiones, úlceras o estenosis.

**RESULTADOS.** 14 mujeres y 3 hombres con una mediana de edad de 44 años (23-81) fueron estudiados con CE por persistencia

/ reaparición de clínica o de atrofia de vellosidades. Dos de ellos contaban con el diagnóstico desde la infancia. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EC hasta la exploración con CE fue de 3 años (mediana, rango 0-34). Con CE se detectó algún signo de atrofia en 15 pacientes, de ellos 12 contaban con biopsia previa y sólo en 6 había atrofia en la biopsia. Los diagnósticos de los pacientes fueron: Cumplimiento insuficiente de la dieta, enfermedad celíaca refractaria (ECR), y otros. Los tres pacientes con ECR presentaban atrofia intensa, y extensa en uno de ellos, se detectaban erosiones en 2. Seis de 7 pacientes con mal cumplimiento presentaban atrofia con CE siendo intensa en 4, extensa en 4 y con erosiones en 3. Entre los 7 pacientes con otros diagnósticos había atrofia en 6, ésta era intensa en 3, extensa en 2 y había erosiones en 4.

**CONCLUSIONES.** Los signos de atrofia detectables con CE no se correlacionaron con la atrofia detectada con biopsia ni permiten diferenciar la ECR del mal cumplimiento de la dieta o de otros diagnósticos.

### EFFECTIVIDAD DE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

Rosanna Villanueva Hernández, Pedro Santiago González Carro, Francisco Pérez Roldán, M<sup>a</sup> Luisa Legáz Huidobro, M<sup>a</sup> Esther Bernardos Martín, Emilia M<sup>a</sup> Tébar Romero, Sami Aoufi Rabih, Oscar Roncero García-Escribano, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñóz, Marina Ynfante Ferrús, Francisco Ruíz Carrillo

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.

**INTRODUCCIÓN.** La ablación con radiofrecuencia es una técnica reciente con buena eficacia en el tratamiento del Esófago de Barrett (EB) con y sin displasia; no obstante, su uso en pacientes sin displasia es controvertido.

**OBJETIVO.** Valorar la efectividad y seguridad de la ablación por radiofrecuencia con sistema HALO (ARF HALO) en el tratamiento de EB en pacientes con factores de riesgo de desarrollar neoplasia de esófago (displasia, antecedentes familiares de cáncer esofágico, EB conocido >10 años, EB de segmento largo, incumplimiento de la vigilancia endoscópica, hernia hiatal y esofagitis).

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo, longitudinal-retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con EB tratados con ARF HALO entre enero 2009 y diciembre 2011. A todos, previa valoración inicial con endoscopio de alta resolución (Pentax-EG-2990i), se les sometió a ARF HALO (HALO360 y/o HALO90 según características morfológicas del EB), con controles endoscópicos y reablación si precisase cada 2-4 meses hasta conseguir al menos la erradicación del 95% de la extensión del EB; posteriormente, se realizó endoscopia entre los 6-12 meses del inicio del tratamiento tomándose biopsias para confirmar o no la ausencia de metaplasia intestinal.

**RESULTADOS.** Un total de 14 pacientes fueron tratados, 12 (85,7%) varones, con una edad media de 52,5 ± 11,8 años; 9 EB segmento largo (longitud media de 5,46 cm); 3 displasia de bajo grado y ninguno con displasia de alto grado. El seguimiento medio fue de 18,5 meses (DE 10,82). Se realizó un total de 31 sesiones de ablación (HALO360= 11, HALO90= 20), una media por paciente de 2,21 sesiones con un intervalo medio de 3,57 meses. Dentro de los efectos secundarios destacan dolor torácico y disfgia inferiores a 1 semana de duración; no hubo ninguna complicación grave asociada a la técnica. La erradicación de la displasia fue de 100%. En 8 (57,1%) hubo remisión endoscópica completa, con desaparición histológica de la metaplasia en 7 (88%); en los 6 pacientes restantes hubo erradicación de más del 95% de la extensión del EB, des-

taendo que estos últimos tenían una longitud mayor de 5 cm y 2 de ellos asociaban estenosis esofágica.

**CONCLUSIÓN.** La ARF HALO constituye una técnica efectiva y segura en el tratamiento del EB sin displasia en casos seleccionados.

### USO DE PRÓTESIS ESOFÁGICAS AUTOEXPAN- DIBLES EN PATOLOGÍA ESOFÁGICA MALIGNA Y BENIGNA

Piñero Pérez C, Calderón Begazo R, Fernández Pordomingo A, Prieto Vicente V, Geijo Martínez F, Velasco Guardado A, Rodríguez Pérez A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

**INTRODUCCIÓN:** las prótesis esofágicas autoexpandibles se utilizan como tratamiento paliativo de la disfagia en pacientes con estenosis esofágicas o fistulas traqueo-esofágicas malignas, fundamentalmente en lesiones inoperables o que han fracasado a los tratamientos aplicados con fines curativos. Sin embargo, los stent metálicos autoexpandibles también pueden utilizarse en patología esofágica benigna, como tratamiento de estenosis esofágicas refractarias a las dilataciones y estenosis o fistulas postquirúrgicas.

**OBJETIVOS:** analizar las características epidemiológicas, indicaciones, características técnicas y complicaciones de los pacientes a los que se les han colocado stents esofágicos autoexpandibles.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo que recoge los datos de los pacientes a los que se les han colocado prótesis esofágicas autoexpandibles en la Unidad de Endoscopias del Hospital Universitario de Salamanca durante los años 2008 y 2009.

**RESULTADOS.** En el estudio de incluyeron 18 pacientes a los cuales se le habían colocado prótesis esofágicas, 12 de ellos por patología maligna y 6 por patología benigna. La mediana de edad de los pacientes cuya indicación de colocación del stent había sido patología tumoral fue de 51 años, 10 de ellos hombres y 2 mujeres. De ellos, 10 tenían cáncer de esófago (6 escamosos y 4 adenocarcinomas) y 2 cáncer de pulmón con compresión esofágica. La estenosis se encontraba en 5 casos en esófago medio y en 7 casos en esófago distal. En el momento de la colocación de la prótesis, uno de los pacientes se encontraba en estadio Ib, 3 en estadio III y 8 en estadio IV. El tratamiento previo recibido había sido quirúrgico en 2 casos, quimioterapia y radioterapia en 9 casos y paliativo en un caso. La indicación de colocación de la prótesis fue, tumor metastático en 5 casos, tumor irreseccable en 3 casos, intolerancia a la quimioterapia/radioterapia en 2 casos y recurrencia tras la cirugía en 2 casos. Las prótesis colocadas fueron 10 parcialmente recubiertas y 2 totalmente recubiertas, el diámetro de prótesis más colocado fue de 18 mm y la longitud 10 cm. Las complicaciones contempladas fueron en dos casos mala situación de la prótesis, en 1 caso perforación esofágica, en 1 caso dolor torácico resistente a analgesia y en 3 casos migración de la prótesis. En 4 pacientes hubo que colocar más de una prótesis. 8 de los 12 casos tuvieron mejoría de la disfagia, y en ningún caso se produjo reestenosis. Todos los pacientes habían fallecido en el momento de la recogida de datos, con una media de 141 días (desviación típica 192) desde la colocación del stent. Respecto a los 6 stents colocados en patología esofágica benigna, las indicaciones fueron 4 fistulas postquirúrgicas y 1 estenosis postquirúrgica y 1 estenosis postinfecciosa, empleándose 4 stents totalmente recubiertos y dos parcialmente recubiertos, la longitud del stent más empleada fueron 10 cm, y el diámetro 18 mm. Tres de los 6 pacientes tuvieron migración del stent, y 3 de los 6 presentaron mejoría de a disfagia. En dos casos hubo que colocar más de una prótesis al mismo paciente. Tres pacientes

habían fallecido en el momento de la recogida de datos, con una media de 500 días (DT 180) desde la colocación del stent.

**CONCLUSIONES:** • La colocación de prótesis esofágicas autoexpandibles supone una medida paliativa segura y eficaz para mejorar la disfagia en pacientes con patología esofágica tumoral. El tipo de prótesis más usado en este caso son las metálicas parcialmente recubiertas y las complicaciones más frecuentes son la mala situación del stent y la migración. La supervivencia media desde la colocación de la prótesis es inferior a 5 meses en nuestra serie. • El uso de prótesis esofágicas autoexpandibles es una opción a considerar para el tratamiento de estenosis y fístulas esofágicas benignas, la complicación más frecuente es la migración del stent.

## UTILIDAD DEL STENT EN LA OBSTRUCCIÓN DE COLON. NUESTRA EXPERIENCIA

Rocío Santos Rancaño<sup>(1)</sup>, Gonzalo Sanz<sup>(2)</sup>, Jaime Zuloaga<sup>(3)</sup>, Rodrigo Sanz<sup>(4)</sup>, Mauricio García<sup>(4)</sup>, Mario Ortega<sup>(5)</sup>, Carlos Cerdán<sup>(1)</sup>, Javier Cerdán<sup>(4)</sup>

<sup>1</sup> UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2.  
<sup>2,3</sup> SERVICIO DE CIRUGÍA 2. <sup>4,5</sup> UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA.  
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID.

**INTRODUCCIÓN:** la introducción de prótesis autoexpandibles ("stent") en el tratamiento de la obstrucción cólica por neoplasias se ha implementado en los últimos veinte años. Se plantea como opción terapéutica puente a la cirugía o paliativa. Presentamos nuestra serie.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** análisis descriptivo de una serie ambispectiva de 115 pacientes con obstrucción de colon o recto a los que se les colocó "stent" desde Diciembre de 1997 hasta Febrero de 2012. Variables analizadas: edad, sexo, altura del tumor, posibilidades técnicas de colocación, éxito y complicaciones de la técnica, tiempo medio entre el momento de la colocación de la prótesis y la cirugía definitiva cuando ésta se llevó a cabo y tipo de intervención.

**RESULTADOS.** Edad media de 73.13 años, 61.7% varones. En 81 pacientes fue como puente a la cirugía y el resto paliativos. La estenosis estaba entre recto y ángulo esplénico en 109 pacientes. Todos menos dos diverticulitis fueron adenocarcinomas. En todos los casos se pudo colocar el stent sin complicaciones técnicas. En el 91.3% de los pacientes se resolvió la obstrucción. 13 pacientes presentaron complicaciones (10%): desplazamiento en 3 y perforación en 10. Se realizó cirugía posterior en 81 pacientes (70.4%). La técnica quirúrgica realizada fue sigmoidectomía en 33 casos, hemicolectomía izquierda 8, resección anterior 19, intervención de Hartmann 6, hemicolectomía derecha ampliada 2, colectomía subtotal 4 y una amputación abdominoperineal. El 78% eran estadios III y IV. El 34% presentaban metástasis. La mortalidad a los 30 días fue del 8.4%.

**CONCLUSIONES:** el stent es una herramienta para resolver la obstrucción de colon y en casos seleccionados de recto, permitiendo una cirugía electiva en un solo tiempo. El stent puede evitar cirugía y ser una medida útil para evitar estomas en pacientes paliativos.

## COLOCACIÓN DE PRÓTESIS BILIARES DE PLÁSTICO EN EL MANEJO PRIMARIO DE LA COLEDOCOLITIASIS NO RESUELTA.

Cruz Sibaja R, Umaña Mejía JR, Piñero Pérez C, Geijo Martínez F, Álvarez Delgado A, Velasco Guardado A, Rodríguez Pérez A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.** En la actualidad, la colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha consagrado como la técnica de elección sobre la cirugía para el estudio y tratamiento de los cálculos del colédoco. Sin embargo, a pesar de realizar esfinterotomía y limpieza con balón o cesta, en el 10-20% de los casos los cálculos no se pueden extraer, en la mayoría de las ocasiones debido al tamaño de los mismos. Diferentes estudios realizados, han demostrado que la colocación de prótesis biliares en los pacientes que no se les pueden extraer los cálculos en primera instancia, facilita la extracción de los mismos en un segundo momento. El objetivo del presente estudio es analizar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de patología.

**DISEÑO:** retrospectivo de tipo observacional en un solo centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Realizamos una búsqueda en nuestra base de datos (ENDOBASE), entre enero del 2008 y enero del 2012, de los pacientes, a los cuales, se les colocó una prótesis plástica biliar, al no poder extraer los cálculos de la vía biliar en la primera CPRE. Se recogieron las variables descriptivas de los pacientes y los resultados de las CPRE realizadas.

**RESULTADOS.** En este periodo se realizaron 1669 CPRE, de las cuales 811 (48.5%) tenían como diagnóstico coledocolitiasis, que correspondían a 705 pacientes. Un total de 31 pacientes (4,39%) requirieron colocación de prótesis biliar plástica en la primera CPRE. Después de un promedio de 34,7 días de colocada la prótesis biliar plástica, se realiza una nueva CPRE con un éxito de extracción del cálculo en 25 pacientes (80.6%) y la necesidad de realizar una tercer CPRE para extraer los cálculos con éxito en 3 pacientes (9,6%). De los pacientes estudiados registramos una mortalidad de un paciente (2,7%), la cual, no es relacionada con el procedimiento y una derivación a cirugía en un paciente (2.7%).

**CONCLUSIONES.** La colocación de prótesis biliares de plástico como terapia para la extracción fallida de cálculos en una CPRE es segura y es un método efectivo en la mayoría de los casos mencionados.