

Comunicaciones Poster

26-27 DE OCTUBRE DE 2012

P-1

HEPATOPATÍAS FARMACOLÓGICAS EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

Guillermo González Redondo, M^a Lourdes Ruiz Rebollo, Ana Macho Conesa, Lourdes del Olmo, Rocío Aller de la Fuente, Sergio Calzada, Teresa Arranz, José Manuel González Hernández

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

INTRODUCCIÓN. La toxicidad hepática por fármacos es una entidad frecuente. Prácticamente todos los fármacos pueden estar implicados. Su diagnóstico supone un reto para el clínico dada la ausencia de marcadores diagnósticos. La escala CIOMS se utiliza para determinar causalidad. **OBJETIVO:** analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante los años 2000-2011 afectos de toxicidad hepática por fármacos.

MATERIAL Y PACIENTES. Se identificaron los pacientes a través del código 573.3 de la ICD 9 de los informes de alta de los pacientes ingresados en el período 2002-2011. Se excluyeron los pacientes en los que se sospechó otra causa distinta de su hepatopatía. De los pacientes valorados se determinaron los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidades asociadas, motivo de ingreso, fármaco supuestamente implicado, patrón bioquímico hepático, alteraciones de la coagulación, manifestaciones extrahepáticas, hallazgos en la ecografía hepática, resultados de biopsia hepática si fue realizada y evolución. En relación a la escala CIOMS se valoró si había otra ingesta farmacológica, la detección de serologías de virus hepatotropos y la cuantificación de anticuerpos no órgano-específicos (ANOES).

RESULTADOS: estudiamos 63 pacientes afectos de toxicidad hepática farmacológica, 40 varones (63%) y 23 mujeres (37%), edad media de 57 años (máxima 92 y mínima 3). 5 pacientes eran positivos para el VHC y 5 para el VIH. Las ? partes tenían comorbilidades asociadas. El motivo principal de ingreso fue la astenia (32%). La estancia media fue de 14 días si bien varios pacientes tuvieron estancias prolongadas por su enfermedad de base. Los fármacos implicados fueron casi en la mitad (44%) los antiinfecciosos, principalmente la asociación de amoxicilina-clavulánico (9 casos), junto con los fármacos cardiovasculares (11%), los antiinflamatorios no esteroideos (8%), la terapia antihormonal (8%) y los fármacos neuropsiquiátricos (8%). Analíticamente un 43% presentó patrón bioquímico de citolisis y un 41% un patrón colestático, 13% un patrón mixto y 3% una elevación de la bilirrubina aislado. El INR estuvo alterado en 14 pacientes (22%). En el 100% de los pacientes teníamos serologías virales negativas, pero, sin embargo, en 25 pacientes no se realizaron las determinaciones de ANOES por lo que la escala CIOMS en estos casos pudiera no estar del todo correctamente aplicada. 6 pacientes presentaron manifestaciones extrahepáticas (2 erupción cutánea, 3 mialgias y 1 fiebre). Se realizó ecografía hepática en la mitad de los pacientes (52%) y en 18 de ellos se demostró una hepatomegalia difusa heterogénea. Se realizó biopsia hepática en 3 pacientes y se demostró cirrosis en 2 de ellos (ingesta de de amoxicilina-clavulánico y antiandrógenos) y esteatosis de gota pequeña en otro (ingesta de

hipolipemiente). Ninguno paciente falleció. Un paciente, en tratamiento antiandrogénico había sufrido ya previamente otro episodio de hepatotoxicidad por el mismo fármaco 7 años antes. Un paciente tratado con amoxicilina-clavulánico precisó traslado a centro de trasplante hepático (TOH) pero finalmente no lo precisó

CONCLUSIONES: 1.- Los fármacos son una causa frecuente de hepatotoxicidad. 2.- En nuestra serie, la causa más frecuente fueron los antiinfecciosos. 3.- No tuvimos desenlaces fatales y ninguno de nuestros pacientes precisó TOH 4.- Dado que no existen marcadores que lo diagnostiquen, se precisa una exhaustiva investigación del resto de las etiologías, no siempre llevadas a cabo en nuestros pacientes.

P-2

VÓLVULO DE CIEGO. UNA CAUSA RARA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Joaquín Rodríguez-Sánchez⁽¹⁾, Carlos Asensio Moreno⁽²⁾, Yaleh Ghodsian⁽³⁾, Alberto García-Carranza⁽³⁾, Francisco Luna Hita⁽¹⁾, Angel Carazo Marín⁽¹⁾

¹ UNIDAD DE ENDOSCOPIAS. ² SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
³ SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE VALDEPEÑAS

INTRODUCCIÓN. El vólvulo cecal (VC), se define como una torsión o hiperflexión del ciego en cuyo eje engloba en el 90% de los casos al colon ascendente e ileon terminal, suponiendo el 1% de las obstrucciones intestinales en población adulta.

CASO CLÍNICO. Mujer de 87 años, que consulta con Urgencias por dolor abdominal generalizado acompañado de distensión, vómitos e intolerancia oral. Se realiza rx abdomen apreciando segmento de colon dilatado con nivel hidroaéreo sin gas en resto de marco cólico ni dilatación de delgado. En hemograma: leucocitos 11.600/ul. Segmentados 86%. Ante la sospecha de vólvulo de sigma se solicita colonoscopia para realizar desvolvulación. En la

endoscopia se consigue progresar hasta ángulo hepático sin dificultad, a este nivel se visualiza fruncimiento de mucosa con datos de isquemia que impiden la progresión a su través. En el TAC se aprecia segmento de colon con tamaño de 20x6cm y nivel hidroaéreo en mesogastrio, acompañado en situación medial y hacia FID de imagen en remolino, sugestivo de VC. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y ciru-



gía urgente, visualizando un ciego con datos de isquemia severa y una brida en el lecho vesicular sobre la que se torsiona el colon, siendo esta la responsable de la volvulación. Evolución favorablemente iniciando tolerancia las 72 horas de la intervención.

DISCUSIÓN. VC tiene como factor predisponente, la falta de fijación del ciego a retroperitoneo en el desarrollo fetal, que le origina una hipermovilidad. Esto se ha descrito en 25% de las autopsias, que unido a otros factores como bridas desencadenan del cuadro. Cursa con obstrucción intestinal siendo el signo de remolino el más característico en TAC, aunque en rx de abdomen existen 3 signos que aparecen en el 70% de los casos: ciego dilatado, nivel hidroaéreo en FID y ausencia de gas en colon. El tratamiento de elección es la cirugía, otros como la cecopexia y la cecostomía se reservan para casos seleccionados.

P-3

CAUSA EXCEPCIONAL DE DIARREA CRÓNICA

Luis Manuel Vaquero Ayala, Begoña Álvarez Cuenllas, María García Alvarado, Cristina Pisabarras Blanco, Marta Aparicio Cabezudo, Laura Rodríguez Martín, Santiago Vivas Alegre, Pedro Linares Torres, José Luis Olcoz Goñi

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

La diarrea crónica puede ser una manifestación de enfermedades extradigestivas lo cual dificulta su diagnóstico y posterior tratamiento. Presentamos el caso de una paciente con diarrea crónica secundaria finalmente a una enfermedad de Castleman. Mujer de 34 años sin antecedentes personales de interés. Comenzó con diarrea de 2-3 deposiciones/día de 3 meses de evolución, sin productos patológicos, acompañado de dolor abdominal cólico y pérdida de peso. Presentaba hormonas tiroideas, marcadores tumorales y el resto de determinaciones analíticas dentro de los límites de la normalidad. En la gastroscopia con biopsias duodenales no tenía alteraciones. La colonoscopia no detectó hallazgos patológicos. La ecografía abdominal advirtió una lesión redondeada anecogénica de 5,2x2,3 cm. El TC abdominal confirma la lesión retroperitoneal de 5cm con adenopatías retroperitoneales. La PAAF presenta abundantes células linfoplasmocíticas sin detectar malignidad. La paciente fue remitida a cirugía donde realizaron exéresis quirúrgica de la lesión que histológicamente correspondía a enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular localizada. Tras la cirugía desapareció toda la sintomatología, sin presentar complicaciones ni nuevas recidivas. La enfermedad de Castleman es una infrecuente patología linfoproliferativa, caracterizada por una hiperplasia angiofolicular de ganglios linfáticos, producida por una proliferación monoclonal de linfocitos B. Puede encontrarse localizada- generalmente como masa mediastínica, o multicéntrica- afectando a múltiples órganos y ganglios linfáticos. Según su localización esta enfermedad comprende dos entidades distintas (localizada y multicéntrica) con diferente comportamiento clínico y pronóstico. La mayoría de los pacientes con enfermedad de Castleman localizada se encuentran asintomáticos, diagnosticando la patología de manera casual al realizar estudios radiológicos por otra causa. Sin embargo nuestro paciente presentaba una diarrea crónica como manifestación principal que nos permitió llegar al diagnóstico de la enfermedad. El mecanismo de producción de esta diarrea crónica es incierto. El principal punto de interés de nuestro caso radica en el diagnóstico de una infrecuente y agresiva enfermedad linfoproliferativa a partir del estudio de una diarrea crónica. Tras descartar causas comunes se detectó en las pruebas de imagen una lesión retroperitoneal aislada. Tras la extirpación quirúrgica de la muestra y su estudio histológico fue diagnosticada la enfermedad. El tratamiento quirúrgico en la forma

localizada es curativo no precisando otros tratamientos adyuvantes si se consigue la extirpación completa de la lesión. Sin embargo pueden aparecer complicaciones como el desarrollo de linfomas o amiloidosis, siendo necesario el seguimiento periódico.

P-4

SARCOMA ABDOMINAL CON SINTOMATOLOGÍA INFRECUENTE

Luis Manuel Vaquero Ayala, Begoña Álvarez Cuenllas, María García Alvarado, Cristina Pisabarras Blanco, Marta Aparicio Cabezudo, Laura Rodríguez Martín, Santiago Vivas Alegre, Francisco Jorquera Plaza, José Luis Olcoz Goñi

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

La detección de una masa abdominal es un síntoma de alarma que es necesario investigar con urgencia. Dentro de las posibles causas es necesario descartar un aneurisma aórtico abdominal, una obstrucción ureteropélvica, un proceso inflamatorio como un plastrón apendicular o una enfermedad de Crohn, una patología infecciosa como la tuberculosis y un proceso neoplásico. Presentamos el caso de un paciente con una masa abdominal finalmente diagnosticado de un fibromixosarcoma. Varón de 45 años sin antecedentes personales de interés. Pendiente de intervención de la cadera izquierda por posible artrosis articular. Es derivado a consulta de digestivo tras el preoperatorio, al palpar una masa abdominal de más de 20 cm, localizada en fosa iliaca izquierda, flanco izquierdo y mesogastro. Se acompaña de pérdida de 3kg en los últimos 4 meses, y astenia. Tanto los marcadores tumorales como el resto de determinaciones analíticas eran normales. En el TC toraco-abdomino-pélvico informa de una masa de 21x16cm con atenuación heterogénea con áreas de necrosis y contenido graso en su interior. También advierte otra pequeña masa en la musculatura lumbar izquierda, que infiltra psoas y apófisis trasversas L2-L3 compatible con una masa tumoral. La biopsia presentaba abundantes células fusiformes multinucleadas, con múltiples atipias nucleares, sobre un fondo mixoide, negativo para desmina, S-100, CD-34 y CD 117 compatible con mixofibrosarcoma grado II. El paciente fue remitido a cirugía para la extirpación de la lesión, sin conseguir resecarlo por infiltración de vasos ilíacos izquierdos. Ante los hallazgos detectados se desestimó la operación sobre la cadera izquierda al justificar la sintomatología la compresión neuronal de la metástasis paravertebral izquierda. Actualmente se encuentra en espera para iniciar tratamiento quimioterápico. Los sarcomas de partes blandas son un grupo heterogéneo de tumores poco frecuentes. El mixofibrosarcoma es un tumor raro muy agresivo. Es más frecuente en varones entre la sexta-octava década, mientras que es muy raro su desarrollo en pacientes jóvenes. Suele localizarse en las extremidades. Su origen en la cavidad abdominal es extremadamente infrecuente obligando hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones similares como el fibrosarcoma. El principal punto de interés de nuestro caso radica en la rareza del tumor y la sintomatología acompañante, que originó un error diagnóstico. Tras la palpación de la masa abdominal en ausencia síntomas digestivos, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda el proceso no sugería un origen infeccioso o una enfermedad inflamatoria intestinal. La realización del tru-cut nos permitió llegar a filiar el tipo de proceso tumoral. El tratamiento de elección es la cirugía con posterior radioterapia. El tratamiento quimioterápico se utiliza de manera paliativa. En el seguimiento de los sarcomas abdominales debe realizarse TC abdominal cada 6 meses durante 2 años.

P-5

DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE LA CONCIENCIA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

Luis Manuel Vaquero Ayala⁽¹⁾, Begoña Álvarez Cuenllas⁽¹⁾,
Marta Aparicio Cabezudo⁽¹⁾, María García Alvarado⁽¹⁾,
Cristina Pisabarras Blanco⁽¹⁾, Laura Rodríguez Martín⁽¹⁾,
Isabel Fernández Natal⁽²⁾, Pedro Linares Torres⁽¹⁾,
Santiago Vivas Alegre⁽¹⁾, José Luis Olcoz Goñi⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Las infecciones bacterianas son complicaciones frecuentes en los pacientes con cirrosis hepática, afectando al 20-60% de los mismos durante el ingreso hospitalario. Las infecciones urinarias (68.6%), la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) (11.5%) y la neumonía (11.5) son las afecciones infecciosas más frecuentes, siendo los bacilos Gram negativos los microorganismos aislados en el 80% de los casos. Se presenta un caso de meningitis por *Listeria monocytogenes* en un paciente con cirrosis hepática por alcohol.

CASO CLÍNICO. Varón de 44 años con cirrosis hepática enólica (CHILD C10, MELD 19), episodios previos de descompensación hidrópica y etilismo crónico con consumo diario > 80 g alcohol, que presenta de forma brusca somnolencia, agitación psicomotriz, cefalea, desorientación temporo-espacial y fiebre de 38,5°C. La exploración física era compatible con estigmas cutáneos de hepatopatía crónica y datos de encefalopatía hepática grado II-III/IV. Los análisis mostraban leucocitosis con desviación izquierda, elevación de transaminasas y bilirrubina. Se realizó paracentesis diagnóstica, con estudio del líquido ascítico negativo para PBE. Se administraron medidas habituales para encefalopatía hepática sin mejoría. Posteriormente comenzó con crisis cólicas tónico-clónicas y un mayor deterioro del nivel de conciencia. Un TAC craneal no mostró alteraciones. Se practicó una punción lumbar con LCR de aspecto turbio y presencia de 111 leucocitos/mm³ (57% PMN), 115 mg/dl proteínas totales, 37 hematíes/mm³ y ligera xantocromía. En el cultivo del LCR creció *Listeria monocytogenes*. El paciente precisó ingreso en la unidad de cuidados intensivos donde inició tratamiento con cefotaxima, vancomicina, ampicilina y levetiracetam, con mejoría clínica progresiva y sin presentar secuelas neurológicas.

DISCUSIÓN. Los pacientes cirróticos tienen una mayor frecuencia de infecciones bacterianas que la población general. Las meningitis bacterianas afectan a 54/100.000 cirróticos, siendo los principales gérmenes implicados: *N. meningitidis*, *E. coli*, *S. pneumoniae*, *K. pneumoniae*, *S. agalactiae* y *L. monocytogenes*. Son infecciones graves con mortalidad superior al 50% a pesar de un tratamiento antibiótico adecuado. *L. monocytogenes* es un bacilo Gram positivo que produce infecciones del sistema nervioso central en niños pequeños y en adultos inmunodeprimidos. Los pacientes cirróticos serían una población de riesgo susceptible y por tanto, habría que considerar este diagnóstico en todo paciente cirrótico con disminución del nivel de conciencia que no mejora con las medidas habituales para el manejo de la encefalopatía hepática. El diagnóstico y tratamiento antibiótico precoces son factores decisivos para la buena evolución del proceso neurológico.

P-6

INFECCIONES POR LISTERIA EN LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Luis Manuel Vaquero Ayala⁽¹⁾, María García Alvarado⁽¹⁾,
Begoña Álvarez Cuenllas⁽¹⁾, Cristina Pisabarras Blanco⁽¹⁾,
Marta Aparicio Cabezudo⁽¹⁾, Laura Rodríguez Martín⁽¹⁾,
Isabel Fernández Natal⁽²⁾, Pedro Linares Torres⁽¹⁾,
Santiago Vivas Alegre⁽¹⁾, José Luis Olcoz Goñi⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.
COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. *Listeria monocytogenes* es un patógeno intracelular capaz de producir infecciones sistémicas en pacientes con alteración de la inmunidad celular. Es un bacilo Gram positivo corineforme y sus hábitats conocidos son el suelo y reservorios animales. La transmisión en adultos se produce por ingestión de alimentos contaminados. Entre el 1-5% de la población general son portadores fecales de esta bacteria, pero la infección es poco frecuente en la población sana. Los principales grupos de riesgo son mujeres embarazadas, fetos, neonatos, ancianos e inmunodeprimidos.

OBJETIVO. Evaluar el papel de las patologías digestivas en el desarrollo de infecciones por *Listeria monocytogenes* en la población del Área de Salud de León en los últimos 6 años.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se analizó retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de infección invasiva por *L. monocytogenes* en el Hospital Universitario de León (área 350.000 habitantes) desde Enero del 2006 hasta Febrero del 2012. Se estudiaron el tipo de infección, la patología subyacente predisponente, el consumo de fármacos inmunosupresores, el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS. Se incluyeron 11 pacientes (82% varones; edad media 63 años, DS 21). Las infecciones más frecuentes fueron 5 meningitis (46%) y 7 bacteriemias: 3 primarias (27%), 1 endocarditis y 3 asociadas a meningitis, peritonitis bacteriana y artritis séptica. El 64% presentaron patología digestiva: 5 padecían cirrosis hepática y 2 enfermedad inflamatoria intestinal. La presencia de vasculitis, insuficiencia renal crónica, embarazo y recambio valvular cardiaco reciente se observó en un paciente respectivamente. El 27% de los pacientes utilizaron corticoides en el mes previo al proceso infeccioso y sólo un sujeto estaba en tratamiento con fármacos biológicos e inmunosupresores (azatioprina). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico adecuado que incluía ampicilina. Tres de los afectados fallecieron a causa de la infección, todos ellos mayores de 65 años ($p < 0.05$). No se encontró asociación con el tipo de infección, el uso de inmunosupresores o enfermedad de base.

CONCLUSIONES. Las infecciones sistémicas por *L. monocytogenes*, aunque son poco frecuentes, presentaron alta mortalidad (27%) a pesar de recibir tratamiento antibiótico adecuado. La cirrosis hepática y la enfermedad inflamatoria intestinal con tratamiento con inmunosupresores pueden provocar alteraciones de la inmunidad que faciliten el desarrollo de infecciones invasivas por este microorganismo. El tipo de infección más frecuente, asociada a patología digestiva, fue la meningitis en varones mayores de 65 años. La edad superior a 65 años fue el principal factor relacionado con el mal pronóstico de la enfermedad.

P-7

UTILIDAD DE LAS DENSITOMETRÍAS EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CELÍACOS

Luis Manuel Vaquero Ayala⁽¹⁾, Cristina Pisabarro Blanco⁽¹⁾, María García Alvarado⁽¹⁾, Begoña Álvarez Cuenllas⁽¹⁾, Marta Aparicio Cabezudo⁽¹⁾, Laura Rodríguez Martín⁽¹⁾, José Antonio de Paz⁽²⁾, Santiago Vivas Alegre⁽¹⁾, Daniel López Cuesta⁽¹⁾, José Luis Olcoz Goñi⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

² FACULTAD DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE. UNIVERSIDAD DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad celíaca está relacionada con la osteoporosis. Los familiares de primer grado de celíacos son el principal grupo de riesgo y muchos de ellos presentan alteraciones histológicas. Sin embargo se desconoce el riesgo de osteoporosis en estos sujetos. **OBJETIVO.** Evaluar el metabolismo óseo en los familiares de primer grado de pacientes celíacos y los principales factores asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS. Desde Enero del 2011 hasta Enero 2012 fueron incluidos los familiares de primer grado adultos, de los pacientes diagnosticados en esas fechas. Analizamos el genotipo HLA, anticuerpos antitransglutaminasa (ATTG), la biopsia duodenal según la clasificación de Marsh y el grado de mineralización ósea mediante densitometría lumbar y de cadera.

RESULTADOS. Fueron incluidos un total de 83 familiares (media 42,1 años \pm 8,8), 51% mujeres. Todos presentaban serología celíaca negativa. Eran homocigotos para el HLA DQ2/8 el 25,3%, considerados de alto riesgo, mientras que el 64% eran heterocigotos (bajo riesgo). Dos familiares presentaban atrofia vellositaria (Marsh IIIA y IIIC). La enteritis linfocítica (Marsh I) se observó en 23/83 (28%), el resto no evidenciaba alteraciones histológicas. El 63% tenían clínica asociada. Un 1% presentaba osteoporosis lumbar y hasta un 24%(20/83) osteopenia, mientras que 16/83 y 1/83 tenían respectivamente osteopenia y osteoporosis en la cadera, el resto de las densitometrías se encontraban dentro de la normalidad. No se observaron diferencias en grado de mineralización entre los familiares con alteraciones histológicas y los que tenían biopsias normales. Sin embargo, los individuos de alto riesgo con anomalías en la biopsia (29%) presentaban niveles de mineralización ósea en la cadera inferiores a los sujetos de bajo riesgo sin lesiones anatomopatológicas (-0,15vs-0,02; $p=0,05$).

CONCLUSIONES. El 25% de los familiares adultos de primer grado presentan alteraciones de la mineralización ósea. En los sujetos con genotipo HLA DQ2/8 homocigotos y daño histológico puede ser útil la realización de una densitometría para detectar anomalías óseas.

P-8

UTILIZADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y LA ENTEROSCOPIA.

Luis Manuel Vaquero Ayala, Begoña Álvarez Cuenllas, Marta Aparicio Cabezudo, María García Alvarado, Cristina Pisabarro Blanco, Laura Rodríguez Martín, Ana Belén Domínguez Carbajo, Jesús Espinel Díez, Santiago Vivas Alegre, José Luis Olcoz Goñi

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) es la principal indicación de la cápsula endoscópica (CE).

Se ha demostrado que la CE seguida de enteroscopia, si la CE es positiva, es el procedimiento más coste-efectivo. **OBJETIVOS.** Evaluar la utilidad y los resultados de la CE y la enteroscopia en el manejo de la HDOO.

PACIENTES Y MÉTODOS. Seleccionamos todos los pacientes que realizaron una CE por sospecha de HDOO en nuestro hospital desde Julio 2010 hasta Julio 2012. Analizamos la edad, sexo, niveles de hemoglobina, los hallazgos encontrados en la capsula endoscópica, el grado de preparación intestinal con fosfosoda, las pruebas radiológicas, la posterior realización de enteroscopia y las alteraciones detectadas.

RESULTADOS. Fueron incluidos 113 pacientes (edad 63,6 \pm 17,3), el 52% mujeres. La CE detectó lesiones que podrían justificar la HDOO en el 61,1%, principalmente angiodisplasias (30%), erosiones-úlceras (21%), lesiones vasculares o submucosas (5,4%) y sangrado activo (2,7%). La preparación intestinal influyó en las alteraciones detectadas, observando en los pacientes con buena preparación una mayor tasa de lesiones que en los pacientes con preparación deficiente (66%vs44%; $p<0,05$). En 87 pacientes se hicieron estudios radiológicos, TC, RM o tránsito intestinal. El rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica fue significativamente superior a los procedimientos radiológicos (61%vs10%; $kappa=0,07$). La enteroscopia fue realizada en 25 pacientes, todos ellos con CE positiva, siendo necesario aplicar procedimientos terapéuticos en el 52%. Los sujetos que presentaron hallazgos en la enteroscopia tenían niveles de hemoglobina significativamente inferiores que los pacientes sin alteraciones (10vs8,8g/dl; $p=0,016$).

CONCLUSIONES. La realización de CE seguido de enteroscopia, si la CE es positiva, permite una mayor detección de lesiones sobre las que se puede actuar, que realizando inicialmente enteroscopia donde tasa de lesiones es menor (28%). El rendimiento diagnóstico de la CE se significativamente superior a los estudios radiológicos. Es fundamental para optimizar estos resultados la preparación intestinal adecuada.

P-9

PAPEL DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL ESTUDIO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Rosanna Villanueva Hernández, Emilia M^a Tébar Romero, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñoz, M^a Esther Bernardos Martín, M^a Luisa Legaz Huidobro, Oscar Roncero García-Escribano, Pedro Santiago González Carro

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.

INTRODUCCIÓN. La ferropenia es la causa más importante de anemia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), tras el déficit de eritropoyetina. Aunque la patogenia de la anemia ferropénica en estos pacientes tiene un origen multifactorial, hasta dos tercios de los mismos presentan anomalías en el tracto digestivo que pueden causar pérdidas sanguíneas (angiodisplasias, ulceraciones). La mayoría de estas alteraciones digestivas se pueden identificar con endoscopia alta y colonoscopia, con la consecuente terapia endoscópica si precisase y los suplementos de hierro. Ahora bien, existe un grupo de pacientes que a pesar de este manejo, presentan persistencia de la ferropenia y signos de pérdidas digestivas, en donde la video-cápsula endoscópica (VCE) podría jugar un papel no despreciable. **OBJETIVO.** Conocer los hallazgos encontrados en las exploraciones con VCE en pacientes con anemia ferropénica refractaria y enfermedad renal crónica.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo. Se tomaron todas las exploraciones realizadas en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital General La Mancha Centro con PillCam SB2®, durante el período comprendido entre marzo 2008 y agosto de 2012; seleccionando a todo paciente que presentaban: enfermedad renal crónica, anemia ferropénica refractaria (persistencia de la anemia más allá de 6 meses de tratamiento con suplementos de hierro), sospecha de pérdidas digestiva y/o hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO). Todos los pacientes tenían endoscopia alta y colonoscopia completa sin hallazgos que justificasen pérdida sanguínea digestiva.

RESULTADOS. Durante el periodo estudiado, se realizaron 132 exploraciones, de las cuales 17 (12,8%) correspondieron a los pacientes que cumplían los criterios de selección. La media de edad fue 66,24±17 años. El 52,9% (9) fueron hombres. El 70,3% (12) estaban en estadios 3 y 4 de ERC, 11,8% (2) se encontraban en hemodiálisis. La indicación más frecuente fue ferropenia refractaria en 14 casos (82,4%), seguida de HDOO en 2 casos (11,8%). En 16 (94,7%) casos se identificaron lesiones con potencial de sangrado; la angiodisplasia fue la lesión más detectada (52,9%), seguida de ulceraciones y erosiones aisladas (29,4%). La mayor parte de las lesiones (76,5%), se encontraron en yeyuno. Tras la realización de la técnica, en 1 caso fue posible el tratamiento endoscópico, en 2 tratamiento con octeotride subcutáneo mensual y en el resto (82,3%) se continuó con ferrotterapia ante la imposibilidad de realizar otro tipo de tratamiento.

CONCLUSIONES. Según nuestra serie, la VCE es una técnica útil para el diagnóstico de lesiones en intestino delgado de pacientes con enfermedad renal crónica y ferropenia refractaria en los que se sospecha pérdidas digestivas. Aunque parece ser que su realización no modificó significativamente la estrategia terapéutica en nuestros pacientes.

P-10

SENSIBILIZACIÓN A PANALERGENOS EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA.

J. Rodríguez-Sánchez^(1,2), E. Gómez-Torrijos⁽³⁾, R. Martín Escobedo⁽¹⁾, F. Martín-Dávila⁽⁴⁾, M. Alonso Lablanca⁽¹⁾, E. de la Santa Belda⁽¹⁾, B. López Viedma⁽¹⁾, R. Sotillo⁽⁵⁾, P. Boils⁽⁵⁾, F. Luna Hita⁽²⁾, A. Carazo Marín⁽²⁾, F. Feo Brito⁽³⁾, J. Olmedo Camacho⁽¹⁾

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR). ²UNIDAD DE ENDOSCOPIAS. HOSPITAL DE VALDEPEÑAS. ³SERVICIO DE ALERGOLÓGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR). ⁴SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR). ⁵SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE VALDEPEÑAS.

INTRODUCCIÓN. La proteína transportadora de lípidos (LTP) (que se encuentran fundamentalmente en las frutas de la familia de las rosáceas) y las profilinas son los panalergenos más frecuentes en nuestro medio. A diferencia de esta última, la LTP es una proteína termoestable y resistente a la acción del ácido gástrico, lo que le confiere importante capacidad como alérgeno alimentario. Las nuevas terapias ensayadas con dietas en la esofagitis eosinofílica, no tienen en cuenta la presencia de estas proteínas a la hora de excluir alimentos, ya que no existen estudios publicados sobre su prevalencia en la enfermedad. **OBJETIVOS.** Analizar las características epidemiológicas y el patrón alergogénico, en especial en cuanto a sensibilización a panalergenos, en una cohorte de pacientes diagnosticados de EoE.

MATERIAL Y MÉTODO. Análisis prospectivo, observacional y analítico sobre una cohorte de pacientes de 15 a 65 años de edad,

diagnosticados de EoE entre enero de 2010 y junio de 2012. Los datos han sido extraídos de la base de datos del grupo multidisciplinar de EoE del HGUCR, en colaboración con el Hospital de Valdepeñas.

RESULTADOS. 31 pacientes (80,6% varones). Edad media 35a. AF atopia 41%. AP atopia 80,6%. Eo suero (u/L): 367,7, IgEt (Ku/L): 354,32, ECP (mcg/ml): 33,91. Pico medio de Eo/hpf en biopsias de diagnóstico: 38,23. IgE específica en aeroalérgenos (+): Pólenes 64,5%, Epitelios 29%, Ácaros 25,8%, Hongos 3,2%. IgE específica en alérgenos alimentarios (+): Maíz 38,4%, legumbres 32,3%, Trigo 22,6%, frutos secos 19,4%, Rosáceas 19,4%, Pescados/marisco 16,1%. Test Cutáneos (Prick-test): Alimentos (+): Cereales 45,2%, Frutos secos 35,5%, Legumbres 32,2%, Frutas (melocotón, fresa, manzana): 29%, Vegetales (tomate, berenjena) 16%, Pescado/marisco 9,7%, leche de vaca 6,5%, huevo 6,5%. Aeroalérgenos (+): Oleaceas 59,1%, Gramíneas 48%, Quenopodiáceas 45,2%, Epitelios 29%, Acaros 16%. Panalergenos: LTP 35,5%, Profilinas 12,9%, Polcalcina 3,2%. Epicutáneos (+) (Patch test): 6,5% (2 casos: patata y acaros). Si comparamos pacientes con LTP (+)/LTP (-), existe un aumento significativo en los niveles de IgE total en suero al diagnóstico en el grupo (+): 617,85 vs 209,37 p=0,02 RR=165,95 IC95% (69-747). El grupo de (+) presenta un pico máximo de eo/hpf en las biopsias de esófago superior aunque no significativo: 45,5 vs. 34,25 p=0,14.

CONCLUSIONES. Existe una amplia variabilidad de sensibilizaciones tanto a aeroalérgenos como a alimentos en paciente con EoE en nuestro medio. La sensibilización a panalergenos, en especial LTP, es un hecho frecuente y pudiera estar en relación con la aerobiología y hábitos dietéticos de la zona.

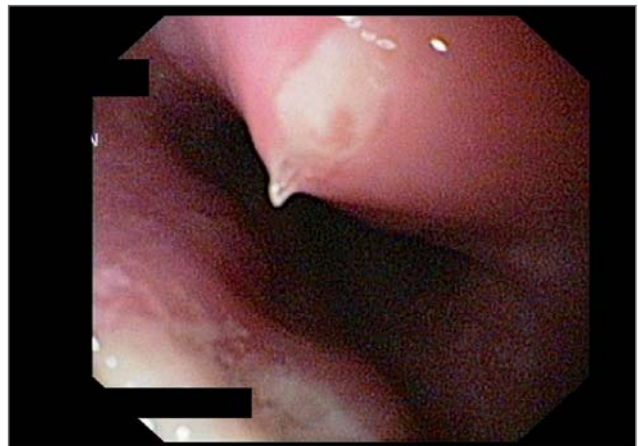
P-11

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESPINA DE PESCADO INTRODUCIDA ESPONTÁNEAMENTE A MEDIASTINO

Benito Velayos⁽¹⁾, Guillermo González⁽²⁾, Luis Fernández⁽¹⁾, Lourdes Ruiz⁽¹⁾, Lourdes Del Olmo⁽¹⁾, Rocío Aller⁽¹⁾, Ana Macho⁽¹⁾, Sara Gómez⁽¹⁾, Fernando De La Calle⁽¹⁾, Teresa Arranz⁽¹⁾, José Manuel González⁽¹⁾

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

CASO CLÍNICO. Mujer de 59 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por intenso dolor retroesternal mantenido durante los 2 días previos. La valoración cardiológica (incluyendo



radiografía de tórax) fue normal, por lo que se realizó gastroscopia urgente. En dicha gastroscopia se apreciaron dos úlceras con fibrina enfrentadas a 30 cm de la arcada dentaria (fig. 1). Al observarlas con detenimiento se pudo ver un filamento milimétrico blanquecino salir del vértice de la que estaba abombada (fig. 2). Con una pinza se intentó movilizar (fig. 3), comprobándose la salida mediante retirada suave de una gran espina de pescado (fig. 4) de algo más de 2 cm de longitud (fig. 5). Reinterrogada, la enferma reconoció haber comido lenguado el día de inicio de los síntomas. En la tomografía computerizada se apreció un engrosamiento de pared del esófago medio con alguna burbuja de aire adyacente (fig. 6). Permaneció ingresada con antibioterapia intravenosa hasta la resolución clínica y normalización del TC.

COMENTARIO. El dolor torácico es muy común entre la población general, con una prevalencia media anual de aproximadamente el 23%; sólo el 15-34 % de los casos recibirá un diagnóstico final de enfermedad coronaria. En muchas ocasiones es necesario valorar una posible afectación esofágica (entre otros diagnósticos diferenciales) mediante una cuidadosa anamnesis. La extracción de los cuerpos extraños esofágicos con sospecha de afectación mediastínica debe realizarse con las máximas garantías de seguridad, planificando la técnica, en colaboración con el equipo quirúrgico y seguida de observación prolongada del paciente.

P-12

DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ATÍPICA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

Angeles Masedo González⁽¹⁾, Gonzalo Gómez Gómez⁽¹⁾, Begoña Casis Herce⁽¹⁾, M. Carmen Yela San Bernardino⁽¹⁾, M. Pilar Martínez Montiel⁽¹⁾, Gregorio Castellano Tortajada⁽²⁾

¹ UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ² DEPARTAMENTO DE HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE.

INTRODUCCIÓN. Las lesiones cutáneas asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se describen hasta en el 10% de los casos. Presentamos un paciente con colitis ulcerosa (CU) y dermatosis neutrofílica (DN) atípica.

CASO CLÍNICO. Varón de 57 años fumador, con esquizofrenia paranoide y CU pancolónica de reciente diagnóstico, en tratamiento con mesalacina. Tres meses después precisó cirugía por fractura humeral y reintervención por osteomielitis. Durante el ingreso presenta brote moderado de CU con respuesta a esteroides parenterales (EP). Al mes presentó lesión pre-esternal (diámetro 5 cm), fluctuante, no ulcerada, indolora, sin osteomielitis en el escá-



ner de tórax. Se trató ambulatoriamente con antibióticos. Dos semanas después la lesión estaba ulcerada y de mayor tamaño (10 cm), bordes irregulares violáceos y múltiples fístulas circundantes con secreción purulenta. Cranealmente existía otra similar, de menor tamaño. La cicatriz humeral tenía dehiscencia de suturas con úlceras purulentas de bordes sobre elevados. Se inició antibioterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico. Los cultivos

microbiológicos, de la lesión resultaron estériles. El escáner y la gammagrafía ósea descartaron osteomielitis. Ante la sospecha de pioderma gangrenoso (PG) atípico se biopsia con evidencia de piodermatitis necrotizante, compatible con infección y PG. Aunque negaba síntomas intestinales, existía anemia (Hb 10,5), hipoalbuminemia (2.1) y proteína C reactiva elevada (3,5), por lo que se realizó rectosigmoidoscopia, observando lesiones graves de CU sin Citomegalovirus. Se iniciaron EP (1 mg/kg) con resolución completa del cuadro.

DISCUSIÓN. Las dermatosis neutrofílicas (DN) se caracterizan por la presencia de infiltrado neutrofílico, no patognomónico, en la piel. El PG es la más frecuente en la EII (1-2 %). Generalmente son lesiones ulceradas de tamaño variable, dolorosas, irregulares, base purulenta (generalmente estéril) y borde inflamatorio socavado violáceo-eritematoso. La presentación como absceso aséptico (nódulos subcutáneos, fluctuantes, que pueden drenar pus espontáneamente) con cultivos estériles es inusual. Las DN se localizan en piernas, genitales y cuello. Su aparición en tronco o brazos, como en nuestro caso, es atípica, y obliga a descartar etiología infecciosa o maligna. El diagnóstico es de exclusión, basado en la clínica y en la evolución. Se tratan con dosis elevadas de EP y en pacientes graves inmunosupresores o infliximab. En nuestro caso es posible que las lesiones iniciales correspondieran a abscesos estériles de localización y tamaño atípicos con evolución posterior a PG. El tratamiento del brote de la EII resolvió las lesiones cutáneas.

P-13

CARCINOMA NEUROENDOCRINO RECTAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS

Eva Purificación Martín Garrido⁽¹⁾, Lourdes Cuesta Martínez⁽²⁾, Carmen López Ramos⁽¹⁾, Santiago Rodríguez Gómez⁽¹⁾, Laura Julián Gómez⁽¹⁾, Pilar Conde Gacho⁽¹⁾, Ana Fuentes Coronel⁽¹⁾, Carmen Bailador Andrés⁽¹⁾, Paola Fradejas Salazar⁽¹⁾, Antonio Pérez Villoria⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA.

Los tumores neuroendocrinos (NE) indiferenciados de colon y recto son infrecuentes. Presentan una incidencia del 1%. La clínica es anodina hasta estadios avanzados. Son agresivos, con mal pronóstico y rápida metastatización. Presentamos el caso de una paciente de 75 años hipertensa y diabética (en tratamiento con AAS, metformina y valsartán), que acudió a urgencias por dolor anal de 2 meses de evolución, tenesmo, aumento en el número de las deposiciones y, en la última semana, rectorragia y astenia. La exploración física era normal salvo que en el tacto rectal se palpaba una masa dura. Analítica: Hb 8.7g/dl, Hto 27.6%, plaquetas 511000, VSG 57, Fe 20µg/dl, proteínas totales 5.5g/dl, albúmina 3.2g/dl resto sin interés. En la colonoscopia se observó una neoformación mamelonada y friable a 3 cm que ocupa la mitad de la circunferencia extendiéndose 8cm, resto normal hasta ciego. La biopsia, reveló un carcinoma NE poco diferenciado de célula pequeña. En el TAC toraco-abdomino-pélvico para estadiaje, se demostraron a nivel hepático múltiples nódulos (más de 20) hipodensos sugerentes de metástasis. Engrosamiento circunferencial de la pared rectal, con crecimiento extraluminal exofítico, conformando una masa polilobulada festoneada presacra de 13.5x6.2x7cm de diámetro y áreas de necrosis central. Se inició analgesia con fentanilo, gabapentina y amitriptilina y se decidió iniciar tratamiento con etopóxido y carboplatino junto con radioterapia, que no se pudo iniciar debido a intolerancia dolorosa pos-

tural. Tras 4 ciclos de tratamiento se realizó TAC de control apreciándose estabilidad de las lesiones y signos radiológicos de Tromboembolismo pulmonar, presentando a los pocos días cuadro de deterioro general, disnea, fiebre y hemorragia digestiva falleciendo a los 5 meses del diagnóstico. Los tumores NE se pueden encontrar por todo el organismo. La localización más frecuente en el tracto digestivo es en el apéndice, ileón y recto. Se utiliza el término carcinoide para los tumores NE bien diferenciados, que suelen comportar un buen pronóstico, a diferencia de los Tumores indiferenciados de célula pequeña que suelen comportarse agresivamente. Estos son tan raros que no alcanzan el 1% del total de los tumores de intestino grueso. Las primeras descripciones de los tumores indiferenciados de célula pequeña colorrectales fueron realizadas por Gould y Chejfec en 1978. Presenta mucha similitud en su historia natural con el carcinoma de pulmón variedad oat cell. La clínica de presentación no difiere de la de los adenocarcinomas de colon, sin embargo, suelen presentarse con un estadio más avanzado. Raramente presentan síndrome paraneoplásico carcinoide. Las supervivencias descritas demuestran que son tumores de alta agresividad y con mal pronóstico, siendo clave el estadio al diagnóstico. La supervivencia media se sitúa entre 6-15 meses. El tratamiento es quirúrgico, siendo la quimioterapia y radioterapia un factor menor para mejorar la supervivencia.

P-14

MELANOMA ESOFÁGICO PRIMARIO

Natalia Z. Rosado Dawid⁽¹⁾, Jorge Vásquez Guerrero⁽¹⁾,
M^a Elena Portales Núñez⁽¹⁾, Carmen González Hernández⁽²⁾,
Carlos Jiménez Pérez⁽¹⁾, Asunción Ramos Meca⁽¹⁾, Julián Torres
Salcines⁽¹⁾, M^a Ángeles García Mayor⁽¹⁾, M^a Ángeles Martín
Matas⁽¹⁾, Mar Rodríguez Cruz⁽¹⁾, Ana González Tallón⁽¹⁾,
Salvador de la Torre Gutiérrez⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE AP. DIGESTIVO. ² SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA.

Varón de 75 años sin RAMC, con múltiples factores de riesgo cardiovascular y EPOC. IABVD. Sin antecedentes familiares. Presenta dolor retroesternal y epigástrico de 1 mes de evolución, con dispepsia progresiva y disfagia para sólidos en la última semana, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física era normal. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** analítica completa con marcadores tumorales: en rango. Rx de tórax: sin hallazgos. Rx simple de abdomen: distensión de cámara gástrica. **PANENDOSCOPIA ORAL:** desde 30cm de arcada dentaria hasta las proximidades de cardias masa mamelonada que ocupa 75% de la luz esofágica, con áreas negruzcas parcheadas. Se toman biopsias. Cardias normal. Gastritis antral. Resto hasta segunda porción duodenal normal. **ANATOMÍA PATOLÓGICA:** mucosa esofágica parcialmente conservada, con focos de ulceración. Presencia en corion de una neoproliferación celular sólida con intensa atipia nuclear, múltiples mitosis, con citoplasmas pequeños con contenido pigmentario granular. Las células neoplásicas infiltran el epitelio de cubierta. Expresan HMB 45, Melan A y Bcl2. El índice de proliferación es superior al 30% (MIB 1), todo ello compatible con MELANOMA. El estudio de extensión fue negativo y se descartó origen metastásico del tumor (cutáneo, retiniano, otros tramos del tracto digestivo). **JUICIO CLÍNICO:** MELANOMA PRIMARIO ESOFÁGICO. El paciente fue sometido a una esofagectomía con intención curativa, falleciendo durante la intervención por complicaciones derivadas de la misma.

DISCUSIÓN. El melanoma esofágico es una entidad muy poco frecuente, con cerca de 300 casos descritos en todo el mundo.



Presenta predisposición por los varones (2:1) y en la 6ª década de vida, con predominio en tercios medio y distal y suele estar diseminado al diagnóstico (hígado, mediastino, pulmón y cerebro). Su tratamiento no está estandarizado dada la escasa incidencia aunque su tratamiento definitivo es siempre quirúrgico.

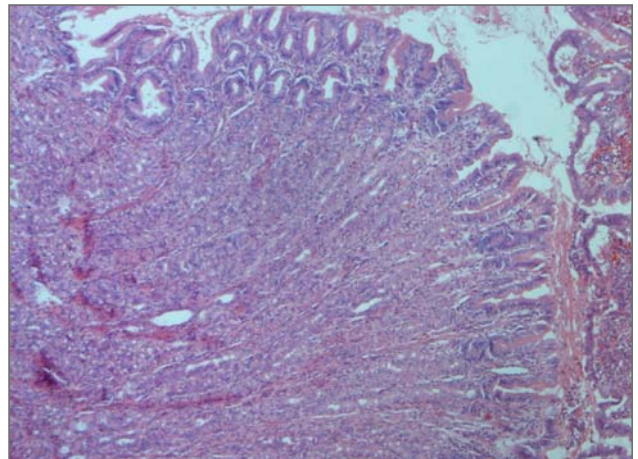
P-15

ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA: EL CASO DE UN DIVERTÍCULO DE MECKEL NO DIAGNOSTICADO

Luis Ibáñez Samaniego, José Miranda Bautista, Javier García
Lledó, María Dolores Pérez Valderas, Virginia Flores Fernández,
Ignacio Marín Jiménez, Luis Menchén Viso

SECCIÓN DE GASTROENTEROLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de un paciente de 29 años diagnosticado 4 años antes de enfermedad de Crohn. El diagnóstico se basó en la presentación clínica junto con pruebas de imagen, estudio endoscópico e histología sugestivas. En el transcurso de su enfermedad presenta mala evolución a pesar de intensificar tratamiento médico (azatioprina y adalimumab). Ingresa por un cuadro de oclusión intestinal. Se realiza una entero-resonancia magnética que sugiere la presencia de una brida. En la cirugía se observa un divertículo a 60 cm de válvula ileocecal que condiciona estenosis de un segmento del íleon que se reseca. El estudio his-



tológico de la pieza quirúrgica muestra un divertículo con áreas de mucosa de cuerpo gástrico. El estudio del segmento de íleon no mostró alteraciones. En la evolución posterior el paciente se encuentra asintomático sin precisar tratamiento médico. **OBJETIVO.** La comunicación pretende mostrar la importancia del diagnóstico diferencial de la ileítis terminal ya que un diagnóstico adecuado y precoz permite disminuir la morbilidad y los costes del tratamiento.

P-16

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y ENDOMETRIOSIS INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carmen Salvia López Ramos, Ana Fuentes Coronel, Eva Martín Garrido, Carmen Bailador Andrés, Laura Julián Gómez, Paola Fradejas Salazar, Pilar Conde Gacho, Antonio Pérez Villoria, Santiago Rodríguez Gómez
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

INTRODUCCIÓN. La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera del útero y afecta al 10-25% de las mujeres en edad reproductora. La localización intestinal supone el 15% de los casos y afecta sigma, recto, apéndice e íleon terminal, imitando la enfermedad de Crohn. A continuación presentamos un caso de difícil diagnóstico.

DESCRIPCIÓN. Paciente de 43 años, hipertensa, con antecedente de polipectomía endoscópica de carcinoide gástrico. Ingreso en Ginecología por dolor abdominal infraumbilical, fundamentalmente con la menstruación, diagnosticándose de endometrioma ovárico. Se realizan ante persistencia del dolor y antecedentes de la paciente, gastroscopia (gastritis atrófica con cicatriz de polipectomía previa, LAMG, duodenitis erosiva, pólipo duodenal y papila prominente-biopsias: inflamación crónica) y colonoscopia (ileítis terminal; AP: ileítis crónica). En seguimiento en consulta se solicita analítica donde destaca la presencia de anemia ferropénica y elevación de VSG. Los coprocultivos y parásitos fueron negativos. En TC abdominal existe un discreto realce parietal en íleon terminal y quistes ováricos. En tránsito intestinal se visualiza un estrechez antes de válvula ileocecal. Se realiza nueva ileo-colonoscopia objetivando úlceras en íleon terminal (AP: mucosa edematosa ulcerada, compatible con ileítis terminal o enfermedad de Crohn). Se inicia tratamiento con mesalazina ante sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal y se interviene de quistectomía ovárica izquierda. En última revisión asintomática, aunque ha presentado úlceras bucales. El diagnóstico de la paciente es endometriosis ovárica y probable enfermedad de Crohn.

DISCUSIÓN. El diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn y endometriosis es difícil ya que las dos entidades comparten datos clínicos, radiológicos y patológicos. Los síntomas más comunes de la endometriosis son dismenorrea, dispareunia, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea. Los estudios de imagen son poco específicos aunque pueden demostrar compresión extrínseca, masa o estenosis. Son procesos de afectación transmural de la pared del intestino, con cambios inflamatorios que producen fibrosis, estenosis, obstrucción y fístulas. La endometriosis puede causar cambios histológicos que se asocian a enfermedad de Crohn. Las biopsias endoscópicas en ocasiones proveen tejido insuficiente para un diagnóstico definitivo, siendo necesaria la cirugía. En el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades también habría que descartar: hiperplasia nodular linfoide, enteritis por Yersinia, tuberculosis, linfoma, tumor carcinoide, adeno-

carcinoma y enfermedad de Behcet. El tratamiento hormonal de la endometriosis resulta eficaz y la cirugía es necesaria ante complicaciones o casos graves. El tratamiento con corticoides para la enfermedad de Crohn puede tener un efecto favorable en la endometriosis. Para mayor complejidad hay que señalar que ambas enfermedades pueden coexistir, como en nuestro caso.

P-17

PANCREATITIS AGUDA POR AZATIOPRINA

Martínez Herreros A, Cervantes González JL, Martínez Garabitos E, Moyano Matute MT, Escrich Iturbe V, Sacristán Terroba B

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA. LA RIOJA.

Varón de 42 años, fumador activo y no bebedor, diagnosticado de Enfermedad de Crohn ileal hace 7 meses en tratamiento con Azatioprina desde hace 3 semanas. Realizada vacunación de VHB. Mantoux positivo, pendiente de iniciar profilaxis con Isoniazida/Piridoxina. El paciente acudió a urgencias por dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo de dos días de evolución, náuseas y vómitos alimenticios. Tres deposiciones diarias acuosas, escasas, sin productos patológicos. Se realizó analítica obteniendo hiperamilasemia, leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR elevada. Ante la sospecha de pancreatitis aguda, se descartaron algunas de las causas más frecuentes. Los valores de GOT, GPT, GGT, FA, Br y pruebas de inmunología (IgG4, IgE, ANA) fueron normales. En la ecografía abdominal se observó vesícula biliar muy distendida sin imágenes de litiasis ni engrosamiento de pared, con colédoco de calibre normal. Mediante TC abdominal se visualizó glándula pancreática aumentada de tamaño con líquido adyacente sugestivo de pancreatitis edematosa. Se retiró la Azatioprina desde el día del ingreso y se inició Metotrexato. El paciente fue tratado con dieta absoluta, sueroterapia y analgesia parenteral. La evolución clínica y radiológica fue favorable siendo dado de alta 8 días después del ingreso. A la medicación domiciliar se añadió Isoniazida/Piridoxina. Un mes después se pautó terapia combinada con Infliximab y Metotrexato retirando éste último tras 2 semanas. Actualmente el paciente es tratado con Infliximab cada 8 semanas con buen control de la Enfermedad de Crohn. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tienen un mayor riesgo de presentar pancreatitis. La Azatioprina constituye uno de los principios activos más asociados a pancreatitis aguda en estos pacientes.



P-18

CASO CLÍNICO DE ESPLENOSIS HEPÁTICA EN PACIENTE CON CIRROSIS

Aránzazu Caballero Marcos⁽¹⁾, Luis Ibáñez Samaniego⁽¹⁾,
Celia Pasión de Gracia Fernández⁽¹⁾, María Magdalena Salcedo
Plaza⁽¹⁾, Enrique Ramón Botella⁽²⁾, Gerardo Clemente Ricote⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

CASO CLÍNICO. Varón de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Esplenectomizado tras accidente de tráfico. Diagnosticado de cirrosis hepática enólica sin mantener abstinencia. Presenta descompensación edematoascítica y varices esofágicas grado II en profilaxis primaria. Remitido a nuestro centro para valoración de trasplante hepático por presencia de lesión ocupante de espacio (LOE) hepática con sospecha de carcinoma hepatocelular (CHC). En 2010 se objetivan 7 LOEs en tomografía computarizada (TC) con contraste sin cumplir claramente criterios de CHC, junto con varios nódulos en hipocondrio izquierdo sugestivos de focos esplénicos. Dada la inespecificidad de dichas lesiones nodulares se amplía estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) en 2011 que confirma 4 lesiones con realce arterial y dudoso lavado tardío. Ante este hallazgo se decide repetir prueba de imagen para filiar la naturaleza de las LOEs. En RMN posterior se confirma la existencia de varios nódulos hipervasculares con lavado tardío. Asimismo, en la grasa omental adyacente se aprecian 3 nódulos milimétricos pero con un comportamiento similar a la lesión hepática pudiendo corresponder a adenopatías o a implantes peritoneales sospechando en ese momento que se tratara de focos de esplenosis (diseminación de tejido esplénico a raíz de accidente de tráfico previo). En RMN de 2012 no se aprecian ninguna de las LOEs hepáticas ni en grasa omental. Únicamente se observa un nódulo de 25 mm de localización extrahepática Vs exofítica en segmento III pudiendo corresponder a un bazo accesorio.

OBJETIVO. En este caso el paciente estaba siendo valorado para trasplante hepático tras primera descompensación ascítico edematosa y sospecha de CHC. En pruebas de imagen se observan varias lesiones hepáticas de aspecto nodular que no cumplen claramente criterios de CHC por lo que se decide realizar seguimiento evolutivo de las mismas. En la evolución durante los últimos años se produce desaparición progresiva de las LOEs que presentaban comportamiento radiológico aparentemente sugestivo de CHC, persistiendo únicamente lesión nodular de 25 mm con comportamiento similar y sin crecimiento a lo largo del seguimiento. Por lo tanto, se asume que dicho nódulo es un foco de esplenosis ectópica. La importancia de este caso radica en la dificultad de llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre CHC y focos de esplenosis hepática (entidad poco frecuente), dado que ambos presentan características radiológicas similares, y en la repercusión clínica ante la decisión entre inclusión o exclusión en lista de trasplante hepático según se trate de una entidad u otra.

P-19

BRUCELOSIS HEPÁTICA

María Dolores Pérez Valderas⁽¹⁾, Gabriel Pérez Rial⁽¹⁾,
Celia Pasión de Gracia Fernández⁽¹⁾, María Senosiáin Labiano⁽¹⁾,
Enrique Ramón Botella⁽²⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

Varón de 71 años que ingresa en mayo de 2012 para estudio de ictericia obstructiva. En 1996 presentó una colección lumbar dere-

cha drenada quirúrgicamente. En ecografía abdominal de 1999 se observaron una imagen compatible con angioma hepático y lesiones sugestivas de granulomas. En 2003, ante la supuración persistente a nivel lumbar, se realizó intervención quirúrgica, en la que se encontró una fístula en reloj de arena, que penetraba por debajo de la musculatura lumbar con trayectos fistulosos complejos, llegando casi hasta la cavidad abdominal, practicándose legrado del trayecto. En TC con fistulografía presencia de extensas calcificaciones en el interior de angioma hepático atípico en el segmento VI, imágenes compatibles con quistes hidatídicos densamente calcificados y extravasación de contraste en región lumbar subcutánea adyacente al erector trunci. En 2004 se observan varias lesiones focales dispersas en el parénquima hepático, mayores de 1 cm., con calcificación central grosera y un área periférica hipodensa, sugestivas de granulomas tuberculosos. Se realizó tratamiento con Rifampicina y Etambutol durante 18 meses, pese a negatividad del estudio microbiológico (Mantoux y Booster, micobacterias en orina, cultivo de exudado), consiguiéndose el cierre de la fístula. En 2010 persisten lesiones focales en ambos lóbulos de similares características. Paralelamente presenta patrón bioquímico de colestasis disociada. En 2011 episodio de rectorragia por várices rectales y colopatía hipertensiva. Ingresos por ictericia, dolor en hipocondrio y fosa lumbar derechos, coluria, hipocolia y dilatación biliar intrahepática. En la colangiografía presenta crecimiento de una lesión en segmento VI (8 cm) con extensión hacia hilio hepático y probable abscesificación hacia región lumbar, radiológicamente compatible con tuberculosis vs hidatidosis, con obstrucción de colédoco, trombosis de porta común e hipertensión portal secundaria, con desarrollo de varices esofágicas. Se coloca prótesis biliar por CPRE con resolución de la colestasis. Posteriormente, guiado por TC, se toman muestras de la lesión hepática. En el estudio microbiológico no se observan leucocitos, ni microorganismos con la tinción de Gram, ni BAAR con la tinción de Auramina, siendo negativas la PCR universal 16S rARN y para tuberculosis, y estériles los cultivos para bacterias y micobacterias. El Mantoux vuelve a ser negativo, así como el quantiFeron y las serologías para VIH, VHB, VHC y *Echinococcus granulosus*. Se amplía el estudio con serologías para *Echinococcus multilocularis* y *Brucella melitensis* (Rosa de Bangala e IgG), siendo negativas, por lo que ante la falta de diagnóstico de la lesión hepática con las pruebas realizadas, se decide su resección quirúrgica. En el estudio microbiológico de la pieza se aísla *Brucella melitensis*, iniciándose tratamiento con Doxicilina, Cotrimoxazol y Rifampicina.

P-20

HEPATITIS AUTOINMUNE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Patricia Rivas Maldonado, Tomás Artaza, Concepción González de Frutos, Gema de la Cruz, Jannelisa Ramirez

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD.

INTRODUCCIÓN. La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica del hígado, poco frecuente y que se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos circulantes e hipergammaglobulinemia. **OBJETIVOS.** El objetivo fundamental de nuestro trabajo es una evaluación de las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y de respuesta al tratamiento en un grupo de pacientes con hepatitis autoinmune.

PACIENTES Y METODO. El estudio incluye a pacientes diagnosticados de hepatitis autoinmune en la consulta monográfica de Hepatología del Complejo Hospitalario de Toledo con un seguimiento de 120 meses.

RESULTADOS. De los 33 pacientes estudiados, 30 eran mujeres (90.9%) con una media de edad al diagnóstico de 50.7 ± 15.7 años siendo 8 pacientes mayores de 65 años. La forma de presentación en 13 de ellos fue aguda (39.4%) y en 20 pacientes fue de forma insidiosa (60.6%). Del total de pacientes, 30 de ellos eran de tipo I (ANA y/o AML positivos), 2 casos de tipo II (Anti-LKM), y un caso de tipo III (Anti-SLA). El tiempo transcurrido antes del diagnóstico fue de 10.4 ± 16.4 meses. 7 pacientes (21.2%) eran cirróticos. No se registró ningún caso de hepatocarcinoma ni de fallecimiento. Los valores analíticos principales fueron: GPT 724.5 ± 711.8 mU/ml; GOT 628 ± 668.2 mU/ml; Bilirrubina total 3.8 ± 5.3 mg/dl; Gammaglobulina 2 ± 0.7 g/dl, IgG 2149.6 ± 1010.9 mg/dl. 14 pacientes (42.4%), tenían otra enfermedad de tipo autoinmune, predominando la patología tiroidea (6 casos) 28 pacientes (87.8%) presentaron una respuesta completa al tratamiento, 4 presentaron respuesta parcial y uno no tuvo respuesta. El tiempo hasta alcanzar la respuesta fue de 15.8 ± 18.6 meses. 24 pacientes recibieron prednisona, 9 pacientes budesonida, 31 pacientes Azatioprina y 1 paciente Mofetilmicofenolato. No se registraron efectos secundarios importantes excepto en dos pacientes (dolor e hiperamilasemia y pancitopenia) lo que obligó a un cambio de tratamiento. No se registraron diferencias entre los parámetros clínico y analíticos analizados por sexo, forma de presentación o edad (mayor/menor 65 años). Pero los pacientes mayores de 65 años presentaron una tendencia a alcanzar la respuesta al tratamiento en menor tiempo que los menores de 65 años. ($p=0.09$).

CONCLUSIONES. En pacientes con hepatitis autoinmune es importante realizar un diagnóstico precoz dada la buena respuesta al tratamiento. Los pacientes mayores de 65 años presentan una tendencia a una respuesta particularmente favorable. La presencia de cirrosis no influyó en la respuesta al tratamiento.

P-21

PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILO ANTI-PROTEINASA3 (PR3-ANCA) EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

María Teresa Arias Loste⁽¹⁾, Marcos López Hoyos⁽²⁾, Irene Moraleja⁽²⁾, Montserrat Rivero⁽¹⁾, Javier Crespo⁽²⁾

1 SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA.
2 SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA -

INTRODUCCIÓN. Los PR3-ANCA son un marcador serológico bien tipificado en vasculitis granulomatosas como la enfermedad de Wegener pero, su aparición en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su posible papel como marcador serológico en esta entidad no son conocidos.

MÉTODOS. Retrospectivamente hemos analizado 141 sueros de otros tantos pacientes diagnosticados de EII, obtenidos en el momento del diagnóstico o estadios iniciales de la enfermedad. La mediana de edad de los pacientes en el momento del diagnóstico era de 35 años (rango IC: 23-47), siendo la distribución por diagnóstico: enfermedad de Crohn (EC), 74; colitis ulcerosa (CU), 47; colitis indeterminada (CI), 20. La positividad para PR3-ANCA ha sido analizada mediante ELISA. Estos resultados se han correlacionado con el diagnóstico, fenotipo, localización y gravedad de la enfermedad. El análisis de los resultados se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 17.0.

RESULTADOS. Un total de 20 pacientes mostraron positividad para PR3-ANCA (14%), siendo la distribución de acuerdo con el diagnóstico: EC 9 (12%), CU 7 (15%), CI 4 (20%). No hemos observado diferencias significativas en cuanto a la positividad del test

entre pacientes de acuerdo a diagnóstico, fenotipo de la enfermedad, antecedentes familiares, manifestaciones extraintestinales o necesidad de tratamiento inmunomodulador, biológico o cirugía. Sin embargo, si hemos detectado una tendencia en la localización colónica de la enfermedad entre aquellos pacientes con títulos altos. El 100% de los pacientes que duplicaban el umbral de positividad del test (11/20; 55%) presentaban una enfermedad confinada al colon (3 EC colon, 5 CU, 3 CI). Estos títulos elevados muestran una tendencia a presentarse en CU y CI (71 y 75% respectivamente de los casos que presentaron positividad al test vs. 33% entre los positivos con EC).

CONCLUSIONES. Un porcentaje significativo de pacientes con diagnóstico de EII presentan positividad para PR3-ANCA. Aunque en el presente estudio esta positividad no permite realizar una diferenciación en cuanto a diagnóstico o fenotipo, si se observa una tendencia a la asociación entre titulaciones altas del test con localización colónica de la enfermedad y con los diagnósticos de CI y CU. Son necesarios futuros estudios con muestra más amplias para determinar el posible valor diagnóstico de este marcador en EII.

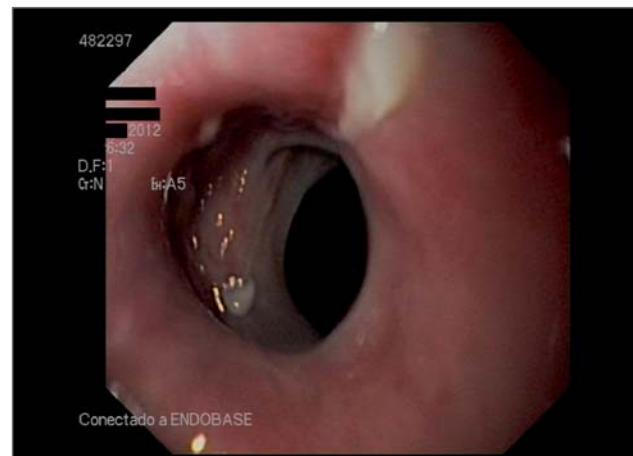
P-22

ACTINOMYCOSIS ESOFÁGICA

Begoña Sacristán, José Luis Cervantes, M^ª Teresa Moyano, Emilio Martínez Garabitos, Ángela Martínez Herreros, Tania Hernáez

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA. LA RIOJA

Paciente de 82 años con antecedentes médico-quirúrgicos de HTA, dislipemia, IRC e HBP. Acude a urgencias por clínica de disfagia de varios días de evolución para alimentos tanto sólidos como líquidos y sensación de stop en tercio esofágico superior. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** normal. Analítica general: destaca Creatinina 1,69 mg/dl; Leucocitos 12700; PCR 58 mg/l. [SEROLOGÍA] Anti VIH (EIA) Negativo Gastroscopia (17/07) Esófago: En tercio distal entre 37 y 39 cm lesión plana, ulcerada e inelástica a la toma de biopsia. No protruye hacia la luz esofágica permaneciendo conservada la permeabilidad del mismo al paso del endoscopio. Estómago: fundus, cuerpo y antro normales. Duodeno y segunda porción normal. Anatomía patológica: TEJIDO NECRÓTICO. PRESENCIA DE ACTINOMYCETES. TC toraco-abdominal (18/7/12): Sin hallazgos significativos. **EVOLUCIÓN:** con el diagnóstico patológico de úlcera esofágica por Actinomyces se inicia tratamiento con penicilina iv durante dos semanas con normaliza-



ción de la analítica y mejoría clínica del paciente con tolerancia oral a la dieta, por lo que es dado de alta con tratamiento con amoxicilina oral durante dos semanas más. Posteriormente se hizo seguimiento endoscópico que confirmó la desaparición de la úlcera. La actinomicosis del esófago es una entidad muy infrecuente sobretodo en inmunocompetentes. La mayoría son pacientes infectados con el VIH o bien en tratamiento con quimioterapia o inmunosupresores. La disfagia y odinofagia son los síntomas más frecuentes. El diagnóstico de la actinomicosis esofágica se realiza por biopsias o citología que revelaran los clásicos granos de sulfuro.

P-23

NEUMATOSIS QUÍSTICA CÓLICA

José Luis Cervantes, Elena Pérez, Ma. Teresa Moyano, Emilio Martínez, Ángela Martínez, Tania Hernández

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO
SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA. LA RIOJA

P-24

PANCREATITIS AGUDA GRAVE SECUNDARIA A ESCLEROTERAPIA DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE COMPLICADO EN LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO

Maria Adán Alonso⁽¹⁾, Miguel Ángel Zarca Díaz De La Espina⁽²⁾,
Alicia Hernández Albújar⁽¹⁾, Eva De La Santa Belda⁽¹⁾,
María Alonso La Blanca⁽¹⁾, Bartolomé López Viedma⁽¹⁾,
Roberto Patón Arenas⁽¹⁾, José Olmedo Camacho⁽¹⁾, Ramón Ortiz
Díaz-Miguel⁽³⁾, Enrique Marchán Carranza⁽⁴⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

³ SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ⁴ SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR).

INTRODUCCIÓN. Los quistes hepáticos simples son sintomáticos en el 15 % de los pacientes, siendo en estos casos generalmente superiores a 4 cm y se localizan en lóbulo hepático derecho. Éstos cuando son presentan síntomas requieren drenaje percutáneo o quirúrgico. Presentamos un caso de una paciente tratada de un quiste hepático simple mediante escleroterapia con povidona yodada que desarrolló una pancreatitis aguda grave como complicación.

CASO CLÍNICO. Mujer de 79 años, con antecedente de quiste hepático simple en lóbulo hepático izquierdo asintomático y en seguimiento con controles ecográficos, comienza con dolor en epigastrio progresivo. Se realiza ecografía abdominal visualizándose un aumento del tamaño del quiste que mide 12 cm, ocupa todo el lóbulo hepático izquierdo, y abomba la superficie hepática anterior. En TAC abdominal se describen 3 lesiones quísticas simples, la de mayor tamaño en lóbulo hepático izquierdo en contacto directo con cabeza de páncreas, y otras dos pequeñas en lóbulo hepático derecho. Ante dicho crecimiento y síntomas persistentes, se realiza drenaje percutáneo guiado por ecografía mediante aspiración y esclerosis con povidona yodada del quiste de mayor tamaño, obteniéndose un líquido hemático-seroso. Tras el procedimiento la paciente comienza con dolor abdominal, hipotensión, anuria y disnea, destacando en la analítica 12,500 leucocitos, hemoglobina 18,9, hematocrito 56%, urea 49, creatinina 2,8 y amilasa 1430 con perfil hepático normal. En TAC abdominal, se visualiza heterogeneidad de la cabeza del páncreas en relación con pancreatitis aguda, y tras introducir contraste intra-

venoso por el drenaje no se evidencia fuga a través de las paredes del quiste ni líquido libre extraluminal que sugiera perforación. Ante el cuadro de shock en el contexto de pancreatitis aguda grave con fallo multiorgánico ingresa en UCI con evolución satisfactoria. A los 3 meses del drenaje la paciente está asintomática y el quiste mide 3 cm.

DISCUSIÓN. Los quistes hepáticos simples sintomáticos requieren drenaje percutáneo o quirúrgico. Ambos procedimientos han demostrado efectividad similar. Hasta el momento no se ha descrito este tipo de complicación tras escleroterapia con povidona yodada. La causa desencadenante de la pancreatitis podría ser mecánica por descompresión tras vaciamiento del quiste situado en la vecindad de la cabeza del páncreas, versus química por contigüidad de la pared, por lo que en este tipo de casos quizás habría que valorar primero drenaje y en un segundo tiempo esclerosis.

P-25

VÓLVULO GÁSTRICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HIPERAMILASEMIA PANCREÁTICA

Javier García Lledó, Katerina Klímová,
José Antonio Pajares Díaz, Enrique Cos Arregui

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

INTRODUCCIÓN. La amilasa sérica puede ser salivar (55-60%) y pancreática (40-45%). Una elevación de amilasa pancreática habitualmente apoya el diagnóstico de enfermedad pancreática. No obstante, existen múltiples trastornos no pancreáticos que pueden cursar con hiperamilasemia, en los cuales la elevación suele ser menor.

CASO CLÍNICO. Mujer de 94 años con hipertensión arterial, remitida a urgencias por dolor abdominal intenso en epigastrio, de inicio brusco, acompañado de vómitos. A su llegada presenta TA de 200/80 mmHg, FC de 105 lpm, palidez mucocutánea, signos de deshidratación. En la analítica destaca leucocitosis (13600/ μ l) con desviación izquierda, elevación de fibrinógeno (520mg/dl) con PCR normal, hipertransaminasemia de bajo rango (AST 73UI/l, ALT 51UI/l), leve colestasis (FA 74UI/l, GGT 27UI/l) con bilirrubina normal (0,8mg/dl) y con hiperamilasemia pancreática (220UI/l) e hiperlipasemia (538UI/l). En las primeras horas en urgencias presenta dolor de difícil control con distensión abdominal importante, vómitos incoercibles y signos de irritación peritoneal, realizándose escáner abdominal urgente que muestra un vólvulo gástrico contenido en una gran hernia hiatal con ausencia de realce de parte de la pared gástrica sugestivo de necrosis, sin gas extraluminal. Ante estos hallazgos, se realiza gastrectomía parcial laparoscópica urgente. La paciente fallece en el postoperatorio precoz por fallo multiorgánico.

DISCUSIÓN. Existen técnicas analíticas que pueden diferenciar entre la amilasa pancreática y la salivar. Su limitación más importante es que no es 100% sensible ni específica. Incluso puede ser normal o levemente elevada en una pancreatitis leve, una pancreatitis aguda evolucionada o en una reagudización de una pancreatitis crónica. La sensibilidad de la lipasa sérica es similar siendo su especificidad mayor, por ser de síntesis pancreática en su práctica totalidad (resto origen gástrico), y su vida media es más larga. En ausencia de pancreatitis, la lipasa puede aumentar, al menos al doble de lo normal, en casos de insuficiencia renal grave, así como en cuadros intraabdominales por reabsorción a través de un intestino inflamado o perforado. En el caso, la isquemia de la pared gástrica secundaria al vólvulo probablemente sea la causa de la hiper-

ramilasemia detectada. El vólvulo gástrico agudo es un cuadro raro, pero potencialmente grave. Consiste en rotación del estómago más de 180 grados, produciendo una obstrucción. Puede ser primario o secundario, siendo éste más común y habitualmente asociado a hernia paraesofágica. La sintomatología típica consiste en dolor abdominal, vómitos incoercibles e imposibilidad para progresar una sonda nasogástrica (tría-da de Brochardt). El retraso en su reconocimiento aumenta la mortalidad. Se trata de una emergencia quirúrgica.

CONCLUSIÓN. Se deben sospechar causas no pancreáticas de hiperamilasemia, fundamentalmente en ausencia de clínica típica de pancreatitis o en casos de mala evolución inicial.

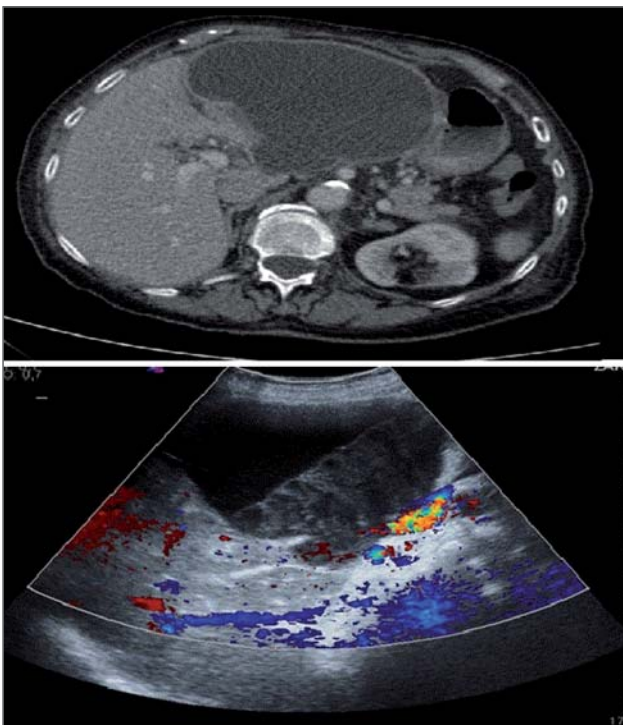
P-26

SEPSIS GRAVE SECUNDARIA A QUISTE HEPÁTICO SIMPLE GIGANTE INFECTADO RESUELTO CON DRENAJE PERCUTÁNEO.

María Adán Alonso⁽¹⁾, Miguel Ángel Zarca Díaz de La Espina⁽²⁾, Alicia Hernández Albújar⁽¹⁾, Pilar Olivencia Palomar⁽¹⁾, María Alonso La Blanca⁽¹⁾, Francisco Domper Bardají⁽¹⁾, Cristina Verdejo Gil⁽¹⁾, Roberto Martín Escobedo⁽¹⁾, Rufo Lorente Poyatos⁽¹⁾, Susana Jiménez Contreras⁽¹⁾, José Olmedo Camacho⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (HGUCR).

INTRODUCCIÓN. Los quistes hepáticos simples son habitualmente lesiones benignas asintomáticas que no requieren tratamiento; Sin embargo, pueden ocurrir complicaciones como son ruptura, hemorragia o infección del quiste. Presentamos un caso, por lo llamativo de las imágenes, de una paciente que desarrolló un cuadro de sepsis grave secundaria a un quiste hepático infectado que evolucionó satisfactoriamente tras drenaje percutáneo.



CASO CLÍNICO. Mujer de 90 años, con antecedentes de quiste hepático simple en lóbulo hepático izquierdo de 9 cm y asintomático, ingresa por deterioro del estado general, somnolencia y fiebre. Unos días antes la paciente refería traumatismo abdominal leve. En la analítica destaca 5,200 leucocitos, 76% segmentados, hemoglobina 9,7, VCM 98, plaquetas 235,000, actividad protombina 76%, fibrinógeno 1078, urea 24, creatinina 1,4, bilirrubina 0,8, GOT 43, GPT 38, procalcitonina <0,5 y PCR 14. Se realiza ecografía abdominal visualizándose lesión quística hipoeoica en lóbulo hepático izquierdo de 13 cm y en TAC abdominal se observan signos de infección del quiste con mínima cantidad de líquido libre intraperitoneal. A las pocas horas de ingreso, la paciente comienza con mayor deterioro generalizado, estupor, somnolencia y coagulopatía con descenso de la actividad de protombina hasta el 65%. Se solicita valoración quirúrgica urgente, desestimándose tratamiento quirúrgico, por lo que tras transfusión de plasma se realiza drenaje percutáneo guiado por ecografía, extrayéndose más de 1500 cc de material purulento, siendo el cultivo positivo para *Enterobacter cloacae* sensible a levofloxacino. Inmediatamente posterior a dicho procedimiento la paciente experimenta una mejoría significativa con remisión del proceso infeccioso. A los 5 días del drenaje se realiza TAC donde se observa prácticamente la resolución del quiste. Posteriormente, no se consideró esclerosis del quiste dado que la familia prefirió actitud conservadora por la edad.

P-27

SÍNDROME HIPER-IgD Y FIEBRE PERIÓDICA.

Daniel Hernández, Beatriz Castro, Montserrat Rivero, María Teresa Arias Loste, Javier Crespo

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER.

INTRODUCCIÓN. El síndrome hiperIgD y fiebre periódica es una enfermedad autoinflamatoria crónica, de herencia autosómica recesiva que se caracteriza por episodios febriles recurrentes asociados a dolor abdominal, linfadenopatías y elevación de la Ig D. Esta enfermedad también es conocida como "Déficit de mevalonato kinasa" por la ausencia de esta enzima que interviene en el metabolismo del colesterol y que incluye la presentación más severa de ésta entidad que es la aciduria metabólica.

DESCRIPCIÓN. Varón de 31 años, fumador activo, con antecedentes de meningitis linfocitaria y sinusitis crónica frontal, ambas en la infancia. Sin otros antecedentes personales o familiares de interés. Consulta con nuestro servicio por cuadros recurrentes (hasta 5 episodios en los últimos 12 meses) y autolimitados (48-72 horas de evolución) de dolor abdominal difuso, fiebre de hasta 40°C y ocasionales despeños diarreicos sin productos patológicos. En la anamnesis destaca la presencia de cuadros similares al descrito aunque de menor intensidad y frecuencia en los últimos 10 años, acompañado en una ocasión de gonartritis derecha. La exploración física no aportó datos de interés. Analíticamente únicamente destacó una llamativa elevación de proteína C reactiva y discreta elevación de IgD, coincidiendo con los episodios descritos. Los resultados de los estudios endoscópicos alto y bajo, así como TC abdominal y tránsito Gi fueron normales. Con la sospecha clínica de enfermedad autoinflamatoria se inicia tratamiento empírico con Colchicina y se solicita estudio genético confirmatorio. El análisis mutacional del gen responsable de las deficiencias de mevalonato kinasa - aciduria mevalónica y síndrome de Hiper-IgD y fiebre periódica - (gen MVK) detecta la presencia de las variantes genéticas p.Gly-376-Ser y p.Val-377-Ile ambas localizadas en el exón 10 del gen, y cada una de ellas detectada en un solo alelo del gen (heterocigosis). No fueron detectadas mutaciones en

el análisis de los genes responsables de la Fiebre Mediterránea Familiar y del síndrome TRAPS. El paciente ha respondido satisfactoriamente al tratamiento con Colchicina y en la actualidad se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN. Aunque ambas variantes genéticas han sido previamente descritas en la literatura médica como mutaciones responsables del síndrome de Hiper-IgD y fiebre periódica, en nuestro conocimiento, este es el primer caso descrito en el que la asociación de estas dos mutaciones en heterocigosis es la responsable del desarrollo de esta enfermedad. Así mismo, destaca la extraordinaria respuesta presentada al tratamiento con Colchicina, tampoco descrita previamente en la literatura, que ha hecho que no sean necesarios otros tratamientos de elección.

P-28

RELACIÓN ENTRE LA DISTRIBUCIÓN CORPORAL Y LA HEPATOPATÍA GRASA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Cristina Pisabarrros⁽¹⁾, Laura Rodríguez-Martín⁽¹⁾, Begoña Alvarez-Cuenllas⁽¹⁾, Marta Aparicio⁽¹⁾, Luis Vaquero⁽¹⁾, María García-Alvarado⁽¹⁾, María Ballesteros⁽²⁾, Alicia Calleja⁽²⁾, Rubén Díez⁽¹⁾, Santiago Vivas⁽¹⁾, José Luis Olcoz⁽¹⁾

1 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. 2 SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. A nivel hepático, la obesidad se asocia con la aparición de la 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 la masa y grasa corporal.

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 evaluaron diferentes parámetros (distribución corporal de la grasa, 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 asocia a la presencia de esteatosis 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.

P-29

SÍNDROME DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA. REESTENOSIS TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR.

Mercedes Garrido Martínez, María Montealegre Barrejón, David Francisco García Nuñez, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Rodenas, José María Moreno Planas, Ricardo Pérez Flores, Mabell Vargas Travaglini, Isabel Ramón

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

INTRODUCCIÓN. El Síndrome de Isquemia Mesentérica Crónica (SIMC) es producido por la oclusión del tronco celiaco y/o las arterias mesentéricas (AM), en el 90% por enfermedad aterosclerótica. Es más frecuente en mujeres (3:1) con compromiso vascular a otros niveles, y es raro, ya que se produce de forma lenta y favorece la formación de circulación colateral. Se manifiesta por dolor postprandial que induce temor a la ingesta y pérdida de peso. Se presenta un caso de recurrencia de IMC en paciente portadora de stent en la AMS por estenosis del mismo, resuelta mediante revascularización y colocación de nuevo stent.

CASO CLÍNICO. Mujer de 72 años, diabética, con HTA y dislipemia, FA paroxística, IRC en estadio prediálisis y cardiopatía isquémica que precisó cirugía de revascularización coronaria en 2008. En 2011 comienza a presentar dolor abdominal postprandial acompañado de vómitos alimentarios y síndrome constitucional. Se realiza gastroscopia y colonoscopia (sin patología que lo justifique) y angio-TC abdominal, con el hallazgo de estenosis de la AMS. En Enero de 2012 se realiza arteriografía observándose una estenosis suboclusiva del origen de la AMS, sin estenosis significativa a otros niveles. Se decide colocar un stent balón expandible de 5mm y 18 mm de longitud. La enferma es dada de alta asintomática y tomando doble antiagregación (AAS + Clopidogrel). En Julio de 2012 ingresa de nuevo por una clínica similar, de un mes de evolución coincidiendo con el abandono de la antiagregación doble. Se realiza una angio-TC abdominal, que informa que la AMS es permeable. Debido a la alta sospecha clínica de SIMC finalmente se decide realizar una nueva angiografía, que demuestra una estenosis intrastent en la AMS. Tras descartar defectos de repleción de tamaño significativo distales a la zona estenótica, se realiza angioplastia intrastent con balón y colocación de nuevo stent. Tras el procedimiento la paciente se encuentra asintomática y con buena tolerancia oral, por lo que se da de alta, de nuevo con doble antiagregación.

DISCUSIÓN. La mayoría de los autores defiende que se deben dar estenosis de varios vasos para que se produzca clínica. Sin embargo, existen casos con clínica y estenosis de un solo vaso, como el de esta paciente. Aunque la ECO-Doppler, la RMN y la angio-TC abdominal obtienen buenos resultados, es la angiografía la que ofrece el diagnóstico definitivo. Las indicaciones de tratamiento incluyen el alivio de la sintomatología, la mejora del estado nutricional y la prevención del infarto intestinal. La revascula-

rización quirúrgica era el tratamiento de elección. Las técnicas endovasculares ofrecen una alternativa válida con cada vez mejores resultados a corto y medio plazo, sobretudo en aquellos pacientes con un elevado riesgo quirúrgico, como nuestra paciente. Sigue existiendo un porcentaje de reestenosis no desdeñable a largo plazo. Es de destacar que en este caso la doble antiagregación se mantuvo 6 meses, y la clínica comenzó al retirarla.

P-30

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE HAN PRECISADO UN CAMBIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO.

Emilia M^a Tébar Romero⁽¹⁾, Óscar Roncero García-Escribano⁽¹⁾,
Natalia Andrés Navarro⁽²⁾, Marisa Legaz Huidobro⁽¹⁾,
Natividad Sánchez Manjavacas⁽¹⁾, Sami Aoufi⁽¹⁾,
Esther Bernardos⁽¹⁾, Rosanna Villanueva Hernández⁽¹⁾,
Marina Infantes⁽¹⁾, Paco Pérez Roldán⁽¹⁾,
Pedro Santiago González Carro⁽¹⁾, Francisco Ruiz Carrillo⁽¹⁾
¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE FARMACOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.

OBJETIVOS. Valorar la evolución de aquellos pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que han precisado un cambio de tratamiento biológico.

MATERIAL Y MÉTODO. Se han detectado 8 pacientes con Enfermedad de Crohn que han precisado un cambio en el tratamiento biológico, 6 de Infliximab (IFX) a Adalimumab (ADA) y 2 de ADA a IFX, para mejorar el control de su enfermedad. Las características de los mismos se describen en la tabla I. Los motivos que justificaron el cambio de tratamiento biológico fueron: en 2 pacientes (25%) por efectos adversos a IFX (reacciones de hipersensibilidad), 3 (37%) por pérdida de respuesta, en otros 2 (25%) por iniciativa propia del paciente relacionada con el ámbito laboral, y un paciente (13%) por refractariedad al tratamiento.

RESULTADOS. Dos pacientes que estaban en remisión clínica y habían alcanzado la curación mucosa antes del cambio de biológico (IFX por ADA) permanecieron en remisión clínica y endoscópica durante un período de seguimiento de 15 y 27 meses respectivamente. De los seis pacientes que no habían alcanzado ni la remisión clínica ni endoscópica antes del cambio (4 pacientes de IFX por ADA y 2 de ADA por IFX) tras un período de seguimiento de 12 meses (7-24) se consiguió la remisión clínica en cuatro de ellos (66%) y sólo en uno de ellos se consiguió la remisión endoscópica (del grupo IFX por ADA) manteniéndola con un período de seguimiento de 24 meses.

CONCLUSIONES. El intercambio de tratamiento biológico motivado en circunstancias de remisión clínica y endoscópica tiene un pronóstico más favorable que cuando no se dan estas circunstancias. El intercambio de tratamiento biológico, sin alcanzar la remisión clínica ni endoscópica, puede rescatar algunos pacientes antes de pasar a otro tipo de fármacos. Tabla I. Características de los pacientes a los que se les cambió de tratamiento biológico. Número (%) Hombres 6 (75%) Mujeres 2 (25%) Edad media (años) 34 años (16-50) Tiempo evolución enfermedad 78 meses (19-216) Diagnóstico: - EC: - CU: -8 (100%) -0 Localización: - Íleal - Ileocolónica - Colónica - Perianal simple - Pancolitis -3 (38%) -2 (25%) -3 (36%) -0 -0 Comportamiento: - Inflamatoria - Estenosante - Fistulizante -3 (38%) -1 (13%) -4 (50%) Motivo uso biológico: - Corticodependencia - Corticorresistencia - Intolerante a inmunomoduladores -7 (88%) -0 -1 (13%) Número de dosis de exposición al biológico antes de su retirada. Media: 14 dosis (4-35) Cambio realizado: - IFX a ADA - ADA a IFX -6 (75%) -2 (25%)

Motivo de suspensión del fármaco: - Efecto adverso - Pérdida de respuesta - Refractariedad - Iniciativa propia del paciente -2 (25%) -3 (38%) -1 (13%) -2 (25%)

P-31

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL: CASO CLÍNICO.

Katerina Klimova, Dolores Pérez Valderas, Leticia Pérez Carazo,
José Antonio Pajares Díaz, Oscar Nogales Rincón,
Pedro Menchén Fernández-Pacheco

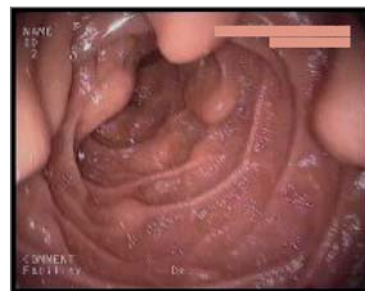
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

INTRODUCCIÓN. Neumatosis quística intestinal es una entidad rara, que puede estar asociada con numerosas enfermedades.

CASO CLÍNICO. Varón de 81 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor epigástrico, acompañado de náuseas, sin vómitos ni fiebre. A la exploración física destaca abdomen distendido y timpánico, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor generalizado a la palpación, sin irritación peritoneal. En análisis de sangre observamos leucocitosis con neutrofilia, elevación de amilasa (1189 UI/l) y lipasa (3900 UI/l), y de reactantes de fase aguda. Se realiza TC abdominal donde se observa gas libre intraperitoneal, principalmente en flanco izquierdo y engrosamiento del duodeno con cambios inflamatorios, sugestivos de origen péptico, sin datos radiológicos de pancreatitis. En conjunto con cirugía se decide ingreso y manejo conservador. En gastroscopia se describen numerosas lesiones sobrelevadas en bulbo duodenal, compatibles con neumatosis quística. Tras descartar causas secundarias se inicia tratamiento conservador con buena evolución.

DISCUSIÓN. Neumatosis quística intestinal es una condición poco común, caracterizada por presencia de quistes en la pared intestinal. Es un fenómeno radiológico y clínico, no una enfermedad, con numerosas causas subyacentes. Un signo patognómico es la presencia de neumoperitoneo sin irritación peritoneal debido a

rotura de los quistes. La presentación inicial es muy heterogénea. Desde el punto de vista clínico es crucial diferenciar las causas urgentes, que precisan intervención quirúrgica, de las no urgentes con manejo conservador. A parte de una correcta historia clínica y exploración física, juegan un papel importante



los métodos radiológicos, y en caso de dudas, incluso laparotomía exploradora.

CONCLUSIÓN. Dado su presentación heterogénea, la neumatosis quística supone un desafío diagnóstico.

P-32

TUMOR DE FRANTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Álvarez Cuenllas B, Vaquero L, Rodríguez L, Pisabarras C,
Aparicio M, Jorquera F, Olcoz J L

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. El tumor sólido pseudopapilar de páncreas fue descrito por Frantz en 1959 y la OMS revisó su definición en 1996.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de una paciente de 19 años que acude a Urgencias refiriendo epigastria postprandial de un año de evolución. Entre sus antecedentes personales destaca el diagnóstico de síndrome depresivo de 3 años de evolución. La exploración física resulta anodina. En la analítica se objetiva leucocitosis con desviación izquierda y leve citolisis con colestasis disociada. Los marcadores tumorales, inmunoglobulinas, la autoinmunidad y la genética para fibrosis quística fue negativa. La ecografía abdominal muestra una masa en cabeza pancreática de 3x4cm que parece estar en contacto con la vena esplénica. A la vista de los hallazgos, la paciente ingresa en nuestro servicio para estudio. La RM pancreática describe una masa heterogénea con componente sólido, restos hemáticos y necróticos, que comprime el colédoco intrapancreático. Se realiza TC cérico-tóraco-abdominal sin evidenciar enfermedad a distancia. También se realiza ecoendoscopia sin toma de muestras por la cercanía de grandes vasos sin apreciar adenopatías peripancreáticas. Se decide intervención quirúrgica mediante técnica de Whipple con estudio doppler intraoperatorio que muestra proximidad a la vena mesentérica superior y a la porta extrahepática, siendo ambos vasos permeables. La pieza quirúrgica es informada como neoplasia sólida pseudopapilar con extensa necrosis coagulativa e invasión perineural que respeta bordes quirúrgicos sin signos de invasión vasculo-linfática. En inmunohistoquímica la muestra es positiva para vimentina, receptores de progesterona, CD56 y CD10 (débilmente).

DISCUSIÓN. El tumor de Frantz es una neoplasia pancreática de bajo grado (solo malignizan un 15% de los casos) que afecta principalmente a mujeres jóvenes. La clínica es inespecífica y está relacionada con el efecto masa aunque más de un tercio se diagnostican incidentalmente. El diagnóstico definitivo es histológico: macroscópicamente, puede afectar la cabeza, cuerpo o cola del páncreas aunque también se ha descrito en retroperitoneo y mesocolon, en relación con tejido pancreático ectópico. Generalmente son lesiones solitarias bien delimitadas de aspecto encapsulado con áreas sólidas y cavitación irregular, de contenido necrótico, friable y hemorrágico. La inmunohistoquímica es positiva para vimentina, alfa-1-antitripsina, enolasa neurooespecífica y receptor de progesterona. Es más controvertido el papel de CD-10 y CD-56. Actualmente la cirugía, tanto del tumor como de las metástasis, es el tratamiento de elección. El pronóstico tras la cirugía es bueno, incluso en los casos con metástasis o infiltración, con una tasa global de supervivencia a los 5 años del 95%.

P-33**COMPARACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA FRENTE A LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES INTESTINALES**

Álvarez Cuenllas B, Vaquero L, Espinel J, Pisabarras C, García M, Aparicio M, Rodríguez L, Vivas S, Domínguez A, Olcoz JL

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La cápsula endoscópica (CE) permite la visualización de todo el intestino delgado, pudiendo mejorar el diagnóstico de las enfermedades del tracto gastrointestinal.

OBJETIVOS. Evaluar la rentabilidad diagnóstica de la CE en el diagnóstico de las enfermedades del tracto gastrointestinal respecto a la aportación de los estudios radiológicos.

PACIENTES Y MÉTODOS. Analizamos todos los pacientes que realizaron una CE en nuestro centro desde Julio del 2010 a Julio 2012. Analizamos la edad y sexo de los pacientes, la indicación, los hallazgos encontrados, los estudios radiológicos realizados y la

calidad de preparación intestinal con Fosfosoda®.

RESULTADOS. Fueron incluidos 148 pacientes (edad 58,8±18,6), siendo el 53% mujeres. La CE fue realizada en el 76,4% por hemorragia digestiva de origen oculto, en el 15,1% por sospecha de enfermedad de Crohn (EC), en el 4,1% para descartar recurrencia de EC y, en el 4%, para detectar complicaciones de la enfermedad celíaca o tumores intestinales. Las principales alteraciones advertidas en la CE fueron angiodisplasias (24%), erosiones (12%), lesiones polipoides o vasculares (8,2%), úlceras (6,8%) y sangrado activo (2%). Se realizaron estudios radiológicos en 117 pacientes, principalmente TC, RM y tránsito intestinal. La detección de hallazgos patológicos fue significativamente menor que con la CE (21% vs 57%; kappa=0,11). Esta diferencia de rentabilidad diagnóstica fue superior para la HDOO (9,7% vs 61,1%; kappa=0,07). Ambas pruebas presentaron similar capacidad diagnóstica para la enfermedad de Crohn (37,9% vs 37,9%; kappa=0,27). El grado de preparación intestinal influyó de manera significativa en los hallazgos encontrados. Los pacientes con buena preparación presentaron un mayor rendimiento diagnóstico que los sujetos con mala preparación (60% vs 38%; p=0,03).

CONCLUSIONES. La CE es una técnica útil para detectar lesiones intestinales. El rendimiento diagnóstico de la CE es significativamente superior a las técnicas radiológicas para la HDOO. Es fundamental una preparación intestinal adecuada para mejorar la rentabilidad de la prueba.

P-34**TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VHB Y VHC. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

Ainhoa Díaz⁽¹⁾, Blanca Sampedro⁽¹⁾, David Iturbe⁽²⁾, Sonia Fernández Rozas⁽²⁾, José Manuel Cifrián⁽²⁾, Felipe Zurbarán⁽²⁾, Beatriz Abascal⁽²⁾, Javier Crespo⁽¹⁾

¹SERVICIO DE DIGESTIVO. ²SERVICIO NEUMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER.

Aunque las hepatitis virales tradicionalmente han supuesto una contraindicación para el trasplante pulmonar, muchos centros están llevando a cabo esta técnica en pacientes con hepatitis C o hepatitis B.

OBJETIVO. En nuestro centro hemos llevado a cabo este estudio con el objetivo de describir las características y evolución post-trasplante de pacientes con hepatitis C o B.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recogieron de forma retrospectiva todos los pacientes trasplantados pulmonares en nuestro centro desde la instauración del programa de trasplante pulmonar en enero 1998 hasta diciembre 2011, identificándose 2 pacientes con hepatitis C y 1 paciente con hepatitis B entre un total de 318 pacientes trasplantados. Se elaboró una base de datos que recogía características epidemiológicas y de la infección por VHC/VHB, evolución de las pruebas de función hepática y carga viral pre y post-trasplante así como supervivencia e incidencia de rechazo en el primer año y bronquiolititis obliterante en los primeros tres años en estos pacientes.

RESULTADOS. Dos pacientes VHC positivo fueron trasplantados. Aunque los niveles de RNA VHC se elevaron tras el trasplante en ambos pacientes, sólo uno de ellos presentó incremento de las pruebas de función hepática a los 3 años del trasplante motivo por el que se le realizó una biopsia hepática que mostraba hepatitis lobulillar, con mínima fibrosis. Con respecto al paciente con hepatitis B, en la evolución pos-trasplante no presentó alteración de las PFH ni aumento del DNA VHB. Ninguno de los 3 pacientes

desarrolló bronquiolitis obliterante y sólo se diagnosticó rechazo agudo A2B2 en el paciente con hepatitis B con adecuada respuesta a tratamiento con megadosis de corticoides. Frente a una tasa de aparición de bronquiolitis obliterante en los pacientes VHC/VHB seronegativos del 21,4% y de rechazo agudo del 41%

CONCLUSIONES. Aunque el número de pacientes trasplantados con hepatitis C o B en nuestro centro es bajo, se puede concluir que la evolución post-trasplante es satisfactoria, sin apreciarse una mayor incidencia de complicaciones derivadas de su hepatopatía ni una peor evolución del trasplante pulmonar en comparación con los pacientes seronegativos para VHC o VHB.

P-35

DISFAGIA MOTORA Y ARTRALGIAS ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD DE WILSON.

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

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad de Wilson es una enfermedad con múltiples manifestaciones clínicas. Se presenta un caso de una manifestación atípica.

DESCRIPCIÓN. Mujer de 32 años diagnosticada de enfermedad de Wilson a los 15, con afectación hepática y neurológica, tratándose inicialmente con D-Penicilamina con posterior desarrollo de síndrome miasténico en 2005, por lo que se sustituyó por acetato de zinc. Le fueron realizadas dos biopsias hepáticas, la primera de ellas en 2005, informada como fibrosis portal con puentes (F3), y la segunda en Junio de 2009, como presencia de puentes fibrosos portoportales, no asociados a alteraciones inflamatorias a dicho nivel (F3). Clínicamente presentó artralgias en manos, hombros y rodillas, estudiadas por Medicina Interna e interpretadas como en relación con su enfermedad, que han precisado tratamiento con prednisona, con la que desaparecieron. En los últimos 14 meses refería sensación de disfagia, fundamentalmente a líquidos, no progresiva, a nivel orofaríngeo, con aspiraciones ocasionales, sin síndrome constitucional, pirosis ni regurgitación, odinofagia ni fiebre. La exploración física era normal, salvo un dudoso bocio y una hepatomegalia de 3 traveses de dedo, blanda y no dolorosa. Analíticamente la paciente no presentaba alteraciones excepto niveles bajos de ceruloplasmina sérica y cobre en orina y altos de zinc en orina. Se solicitó un estudio baritado esófago-gastro-duodenal informado discreto reflujo gastroesofágico espontáneo durante la exploración. Se realizó una ecografía de tiroides siendo informado como múltiples imágenes nodulares, de tamaño milimétrico. Se realizó una gastroscopia informada como hiperemia antral, tomándose biopsias de esófago, estómago y duodeno, descartándose esofagitis eosinofílica: las biopsias fueron informadas como esofagitis inespecífica leve, gastritis crónica atrófica con presencia de *H. pylori* e inflamación duodenal inespecífica, respectivamente. Finalmente se solicitó una manometría esofágica, informada como relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, con 100% de devoluciones secas, ya que la paciente se atragantaba con las degluciones con agua. Cuerpo esofágico con ondas peristálticas en más del 80% de las degluciones secas, de amplitud en el límite bajo de la normalidad. Esfínter esofágico superior con tono normal, con una relajación de dicho esfínter esofágico superior incompleta con presiones residuales de más de 20mmHg en relación con la presión basal esofágica, aunque la relajación incompleta

está coordinada con las ondas faríngeas, concluyéndose relajación incompleta con las degluciones del esfínter esofágico superior, con presiones residuales considerables en la mayoría de las degluciones sin agua.

DISCUSIÓN. Comentado con Neurología para descartar otras causas de disfagia orofaríngea, se diagnostica a la paciente de disfagia motora orofaríngea secundaria a enfermedad de Wilson. Se subió la dosis de zinc a 100 mg cada 8 horas, sin clara mejoría y se le planteó la posibilidad de iniciar tratamiento con trientina, que de momento ha desestimado.

P-36

UTILIDAD DEL URAPIDIL EN EL CONTROL HIPERTENSIVO DURANTE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS BAJO SEDACIÓN.

Óscar Roncero García-Escribano, Emilia M^ª Tébar Romero, Rosanna Villanueva Hernández, Marisa Legaz Huidobro, Natividad Sánchez Manjavacas, Sami Aoufi, Esther Bernardos, Marina Infantes, Paco Pérez Roldán, Pedro Santiago González Carro, Francisco Ruiz Carrillo

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.

INTRODUCCIÓN. Antes de la realización de los procedimientos endoscópicos bajo sedación (gastroscopia, colonoscopia o ERCP), es relativamente frecuente encontramos cifras de Tensión Arterial (TA) elevadas, reactivas al estrés que padece el paciente antes de someterse al procedimiento. Sin embargo, en ocasiones se detectan cifras de TA muy elevadas que persisten a pesar del uso de fármacos per sé hipotensores como son las benzodiacepinas o el propofol.

OBJETIVO. Valorar la eficacia y seguridad del empleo del Urapidil, antihipertensivo de vida media corta, antagonista alfa1, alfa2 y de los receptores de 5^h hidroxitriptamina para la normalización de las cifras de TA durante los procedimientos endoscópicos bajo sedación.

MATERIAL Y MÉTODO. Los pacientes eran sometidos a un procedimiento endoscópico bajo sedación con propofol en perfusión y bolos administrados por un facultativo gastroenterólogo no anestesista. Se ha considerado indicado el uso de antihipertensivos durante la realización de la sedación si se objetivaban cifras de TAS > 180 mm Hg y/o TAD > 120 tomado en dos ocasiones consecutivas estando el paciente bajo sedación con perfusión de propofol al menos durante 5 minutos. Los pacientes recibían un bolo inicial de 15 mg (3 ml) repitiendo la toma de TA cada 5 minutos y repitiendo dosis de 10 mg (2 ml), si las cifras de TAS estaban por encima de 160 mm Hg y/o TAD > 100 mm HG. Todos los pacientes tenían antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y estaban bajo tratamiento antihipertensivo con un fármaco (diuréticos) 10 pacientes (55%), 2 fármacos (diuréticos e IECAS) 6 pacientes (33%) y 3 fármacos (diuréticos, IECAS, y Betabloqueantes) 3 pacientes (17%).

RESULTADOS. De un total de 168 ERCPs, 123 gastroscopias y 228 colonoscopias realizadas durante los años 2010 y 2011 se objetivaron cifras de TA que requerían tratamiento en 18 pacientes (11 mujeres y 7 hombres) con una edad media de 62 años (41-83). La dosis administrada de Urapidil fue de 25 mg (15-35). La TAS media antes del tratamiento fue de 208mm HG (?12) y la TAS media tras el tratamiento fue de 162 (?7.6) lo que supone un descenso medio de 46 mm Hg IC 95% (-50.4 - -41.5) P<0.0005 (t-Test para muestras pareadas). La TAD media antes del tratamiento fue

de 125.1 mm Hg (7.3) y la TAD media tras el tratamiento fue de 96.06 mm HG (9) lo que supuso un descenso medio de -29.2 mm HG IC 95% (-33.77 - -24.66) $P < 0.005$ (t-Test para muestras pareadas). No se objetivaron cuadros de hipotensión durante el procedimiento endoscópico ni efectos adversos cardiovasculares en los pacientes tratados.

CONCLUSIÓN. El tratamiento con Urapidil durante la sedación endoscópica, obtiene de forma rápida y segura una bajada significativa de las cifras de TA tanto sistólica como diastólica. No se han objetivado cuadros de hipotensión ni efectos adversos cardiovasculares relacionados con la HTA durante los procedimientos endoscópicos en esta población de alto riesgo.

P-37**SERIE DE PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DETECTADO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA.**

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

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. La cápsula endoscópica (CE) es una técnica endoscópica disponible en España desde hace prácticamente 10 años. Con ella se permite la exploración no invasiva del intestino delgado con escasos riesgos de complicación. La CE ha permitido completar el estudio de la hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) lo que ha llevado al diagnóstico ocasional de tumores malignos del intestino delgado.

OBJETIVO. Describir los casos de pacientes con diagnóstico de tumor maligno del intestino delgado diagnosticados a partir de la exploración con CE.

MATERIAL Y MÉTODO. Se han revisado las 1000 primeras exploraciones con CE realizadas desde el año 2004 en nuestro hospital con diagnóstico de tumor maligno. Se han recogido los datos referentes a la edad, sexo, indicación de la CE y exploraciones realizadas previamente. Se recogen los hallazgos de la exploración con CE y los hallazgos quirúrgicos y tipo histológico. Se excluyeron aquellos pacientes con tumor conocido en los que la indicación de la CE era descartar metástasis. La CE utilizada han sido los diferentes tipos de cápsula de Given Imaging®.

RESULTADOS. Se diagnosticaron 9 casos de tumores de intestino delgado en pacientes con una mediana de edad de 66 y siendo la proporción de hombre mujer 5/4. La indicación de la exploración de la CE fue hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) en el 55.5% de los pacientes y anemia en el 44.4%. Dado que el número de exploraciones con CE por HDOO o anemia fue 740. El diagnóstico de tumor se daría por tanto en el 1.2% de estos pacientes. Las exploraciones realizadas previamente fueron: gastroscopia en el 88.8%, colonoscopia en el 100% y tránsito intestinal en el 33.3%. La práctica totalidad de los pacientes no tenían sospecha de patología tumoral de intestino delgado por las pruebas realizadas. El tumor se localizaba en duodeno en el 44.4% de los pacientes, en la mitad proximal de yeyuno-ileon en el 44.4% y en la mitad distal en el 11.1%. La cápsula no quedó retenida en ninguno de los pacientes y alcanzó el ciego en el 88.8%.

CONCLUSIONES. Se detecta un tumor maligno de intestino delgado en el 1.2% de los pacientes explorados con CE por anemia o HDOO. El GIST es el tipo histológico de tumor más frecuentemente detectado.

P-38**COMPRESIÓN RECTAL POR TUMOR MALIGNO DE VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA DE LOCALIZACIÓN PRESACRA.**

Emmy Arrue Del Cid⁽¹⁾, Juan Raúl Brin Reyes⁽²⁾, Carlos Cerdán⁽¹⁾, Esther Sánchez López⁽¹⁾, Fernando Jiménez⁽¹⁾, Mario López⁽¹⁾, Luis Ortega⁽³⁾, Javier Cerdán⁽¹⁾

¹ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

² SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA. ³ DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Los tumores malignos de vaina nerviosa periférica (TMVNP) son lesiones sarcomatosas de origen ectomesenquimal.

MATERIAL Y MÉTODOS. Varón de 34 años con neurofibromatosis tipo I. Debutó con dolor eléctrico paroxístico en el pie izquierdo e impotencia para la deambulacion. La RM mostró una masa presacra que se extendía a través del agujero ciático mayor, siguiendo el trayecto del plexo lumbosacro con una longitud de 17 cm. Se intervino quirúrgicamente, confirmandose un tumor presacra que se extendía desde el promontorio hasta espina isquiática izquierda que desplazaba uréter, arteria y vena iliaca izquierdas, común e interna. Se logró la extirpación macroscópica total del tumor y el paciente fue dado de alta sin complicaciones. La anatomía patológica fue de tumor maligno de vaina nerviosa periférica sobre neurofibroma plexiforme e infiltración de márgenes quirúrgicos.

RESULTADOS. Dos meses después reingresó por dolor persistente en región sacrocóxigea y caquexia. Se diagnosticó de recidiva local y múltiples metástasis de nueva aparición en pala iliaca, pelvis, columna cervicodorsolumbar, pulmón, hígado, tiroides, mediastino y glándulas adrenales. Se trató con quimio y radioterapia, sin respuesta. La enfermedad progresó a pesar de una segunda línea de antineoplásicos y el paciente falleció a los tres meses de la intervención.

CONCLUSIONES. Los TMVNP son neoplasias muy raras con una incidencia de 0.001 %. En pacientes con neurofibromatosis tipo I estos tumores pueden ocurrir hasta en el 10 % de los casos. Los factores de riesgo para desarrollar metástasis son tamaño mayor a 5 cm, alto grado histológico, márgenes infiltrados y neurofibromatosis tipo I. Los TMVNP representan un reto diagnóstico y terapéutico por su localización variable, alta agresividad, necesidad de cirugía radical y mala respuesta al tratamiento oncológico convencional.

P-39**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) EN EL HOSPITAL RIO HORTEGA DE VALLADOLID: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

Lorena Sancho del Val, Pilar Díez Redondo, Jesús Barrio Andrés, Rafael Ruíz-Zorrilla López, Irene Peñas Herrero, Alba Luz Vargas García, Fernando Daniel Santos Santamarta, Ramón Sánchez-Ocaña, Manuel Pérez-Miranda Castillo

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

INTRODUCCIÓN. La HDA es una de las causas de ingreso más frecuentes por patología digestiva. Conocer características y evolución de pacientes ingresados por HDA en nuestro hospital. Métodos: Estudio retrospectivo de ingresados por HDA Servicio de A. Digestivo del HURH (noviembre 2010-abril 2011). Estudio estadístico mediante SPSS versión 14.0.

RESULTADOS. De 893 ingresos, 107 (12%) por HDA: 54% varones, edad media 68 años (22-101). Antecedentes personales: HTA 48%, DM 15%, digestivos 45% (cirrosis 29%), cardiológicos 25%, neurológicos 22%, respiratorios 15%, HDA previa 26%, 15% fumadores, 12% enolismo. AINEs 26%, antiagregantes 22.5%, dicumarínicos 11% (INR > 3: 67%). Presentación: melenas (49%), hematemesis (15.9%), "posos de café" (15.9%), rectorragia (0.9%) o combinación de las anteriores. Estabilidad hemodinámica inicial: 85%. Ingreso inicial en UCI: 4.7%. Transfusión sanguínea: 48.6% (media: 1.25 CH) Realización de gastroscopia (GC): < 12 horas: 17%, 12-24 horas: 46%, > 24 horas: 26%, no realizada: 11%. Hallazgos endoscópicos: esofagitis péptica (22%), úlcus duodenal (16%), úlcus gástrico (9%), LAMG (8%), bulbitis erosiva (8%), Mallory Weiss (6.5%), tumores gástricos (6.5%), varices esofágicas (6%), úlceras en anastomosis (6%). Causa no objetivada: 12%. Forrest evaluado en 37 lesiones: F III 59.5%, F IIb 19%, F IIa 13.5% y F Ia, F Ib y F IIc 2.7%. Tratamiento endoscópico (22%): esclerosis adrenalina (Ad) + etoxiesclerol (54%), Ad (17%), clips + Ad (12.5%), ligadura bandas (12.5%), fulguración argón (4%). Recidiva hemorrágica: 9.3%. Once pacientes precisaron una segunda GC para controlar HDA, ineficaz en 2 (GIST gástrico y cáncer pancreático con invasión gástrica) que requirieron cirugía. 2/12 pacientes dados de alta sin GC reingresaron por HDA con GC entonces normal. Exitus: 4.7%, pese control de sangrado. Estancia media 5.64 días (1-40). Considerando HDA grave: hemoglobina <8g/dl, inestabilidad hemodinámica, ingreso en UCI, transfusión > 2 CH, resangrado, exitus. Encontramos asociación significativa entre HDA grave y: DM, cirrosis, AAS, GC<12h, GC 12-24 h, varices esofágicas, úlcus duodenal y esclerosis Ad+etoxiesclerol. Con HDA no grave se asocian significativamente "posos de café" y Mallory-Weiss. Estancia media significativamente mayor en HDA grave (7.3d vs 4.5d).

CONCLUSIONES: • El 12% de los ingresos por patología digestiva en nuestro centro son por HDA. • Causas más frecuentes: úlcus gastro-duodenal (25%) y esofagitis péptica (22%). • DM, cirrosis, consumo AAS, varices esofágicas y úlcus duodenal se asociaron con HDA grave. • Un 9% precisó una segunda GC por recidiva hemorrágica y un 1.9% cirugía para su control definitivo, fallando el 4.7% pese al control hemorrágico.

P-40

CASO DE UNA MUJER QUE TRANSPORTABA BOLAS DE COCAÍNA EN EL INTESTINO (BODY PACKER) Y SU MALA EVOLUCIÓN

Rocío Santos Rancaño⁽¹⁾, Gonzalo Sanz⁽¹⁾, Rodrigo Sanz⁽¹⁾, Fernando Esteban⁽²⁾, Fernando Jiménez⁽¹⁾, Óscar Cano⁽²⁾, Carlos Cerdán⁽²⁾, Javier Cerdán⁽³⁾

¹ SERVICIO DE CIRUGÍA 2. ² UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL. SERVICIO DE CIRUGÍA 2. ³ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Existen sujetos portadores de cuerpos extraños intrabdominales (envoltorios de látex, goma o celofán con diversas drogas) para contrabando denominados Body Packer ("mula" o "culero"). Los paquetes son introducidos vía oral, rectal y/o vaginal y su incidencia es difícil de conocer porque frecuentemente pasan desapercibidos.

CASO CLÍNICO. Mujer obesa de 47 años, acude por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. A su llegada presenta taquicardia, hipotermia, acidosis metabólica hiperlactacidémica y leucocitosis. El CT abdominal muestra neumoperitoneo y múltiples cuerpos extraños en todo el colon. Se decide cirugía urgente, hallándose una necrosis de rectosigma y colon izquierdo, con peri-

tonitis fecaloidea y 68 cuerpos extraños libres en cavidad abdominal. Se realizó hemicolectomía izquierda y colostomía en hipocondrio derecho, dejando una laparostomía abierta. La evolución de la paciente fue tórpida, precisando tres intervenciones más por abscesos intrabdominales. Posteriormente la evolución fue lenta pero favorable y se dio de alta tras 87 días de ingreso. En un ingreso posterior, se realizó reconstrucción del tránsito que cursó sin incidencias.

DISCUSIÓN. La detección de los paquetes y comprobación de su extracción se hará con una RX simple de abdomen debiendo usar el CT abdominal en caso de imágenes dudosas. Los pacientes que no presentan complicaciones se manejan conservadoramente. Es indicación de cirugía urgente la intoxicación aguda, la obstrucción gastrointestinal o la perforación. Aunque no hay criterios universales sobre esto, ni sobre la técnica a emplear, un 5-20% de los pacientes que llegan al hospital precisa enterotomías, resección intestinal, colectomía, Hartmann, etc.

CONCLUSIONES: 1) La perforación complicada con peritonitis, intoxicación aguda u obstrucción intestinal exigen la realización de una laparotomía urgente. 2) Se debe realizar una cirugía individualizada en cada caso. 3) La situación de los pacientes que requieren cirugía puede ser crítica y su evolución muy tórpida como en el caso que describimos.

P-41

PERFORACIÓN RECTAL POR TRATAMIENTO MEDIANTE SUNITINIB.

Rocío Santos⁽¹⁾, Jaime Zuloaga⁽²⁾, Fernando Jiménez⁽²⁾, Mario Ortega⁽¹⁾, Carlos Cerdán⁽³⁾, Ester Sánchez⁽¹⁾, Javier Cerdán⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE CIRUGÍA 2. ² SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

³ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA 2. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Sunitinib es un fármaco antiangiogénico multidiario, aprobado por la FDA para el tratamiento de los tumores gastrointestinales (GISTs) en 2006, y de los carcinomas renales avanzados en 2008. Inhibe la fosforilación de los receptores para el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), factor de crecimiento derivado de las plaquetas, factor de células madre y tirosin kinasa entre otros. Presentamos el primer caso de una perforación rectal asociada al tratamiento con Sunitinib.

MATERIAL Y MÉTODOS. Varón de 70 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en diálisis, gota y una RTU vesical más nefrectomía y ureterectomía derecha en 2006 por un carcinoma renal estadio III. En 2008 es diagnosticado de un adenocarcinoma de recto y adenoma vellosa (pT3N0Mx) que se trata con radioterapia y cirugía en Julio realizándose una resección anterior de recto más resección peranal del adenoma. En el PET de seguimiento: nódulo suprarrenal izquierdo y otro en el lecho quirúrgico de la nefrectomía, sugerentes de malignidad. Ante estos hallazgos se inicia tratamiento con Sunitinib recibiendo 7 ciclos. Durante el tratamiento el paciente presenta un absceso en glúteo derecho fluctuante y crepitante y en el tacto rectal se observa un orificio amplio a 5-6cm. En el CT (2011) se evidencia una comunicación de la luz intrarrectal con la grasa perirrectal y celulitis en glúteo mayor. Ante la sospecha de perforación rectal asociada a fascitis necrotizante se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza incisión en la zona fluctuante saliendo contenido fecaloideo. Hay un trayecto abscesual que comunica con cara posterior derecha del recto. El paciente continúa con salida de material fecaloideo por los orificios de drenaje precisando la realización de una colostomía terminal y evolucionando posteriormente de manera favorable.

DISCUSIÓN. La perforación intestinal es uno de los efectos adversos del Sunitinib, con una incidencia desconocida. Los mecanismos de la perforación intestinal relacionada con la terapia anti-VEGF no han sido completamente elucidados todavía aunque se sugieren tres fundamentales: (1) una disminución de la capacidad regenerativa de la mucosa normal (por disminución de la densidad capilar), (2) regresión del tumor y necrosis debido a la quimioterapia, y (3) la isquemia mesentérica debido al síndrome de embolia de colesterol. No se puede sugerir ningún posible factor de riesgo de perforación intestinal debido al número tan limitado de casos descritos en la literatura (cinco casos).

CONCLUSIONES: 1) Sunitinib en el tratamiento molecular contra el cáncer ha mejorado la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global. 2) La perforación intestinal como efecto adverso del Sunitinib no ha sido claramente definida y muy raramente descrita. 3) Esta posibilidad debe ser considerada en un paciente con clínica gastrointestinal durante el tratamiento con este fármaco.

P-42

EXTENSO RETRONEUMOPERITONEO Y RETRONEUMOMEDIASTINO POSTCOLONOSCOPIA: TRATAMIENTO CONSERVADOR.

María Conde Rodríguez, Patricia Sáez Carlin, Carlos Cerdán Santacruz, Mauricio García Alonso, Fernando Jiménez Escobar, Gonzalo Sanz López, Javier Cerdán Miguel

UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL. SERVICIO DE CIRUGÍA 2.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

OBJETIVO. En determinadas situaciones el manejo conservador de la perforación postcolonoscopia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados.

CASO CLÍNICO. Mujer de 80 años con antecedentes personales de HTA, Gastrectomía por leiomiomasarcoma, colecistectomía y cesárea, es derivada al servicio de urgencias por dolor abdominal tras realización de colonoscopia. El dolor abdominal era de carácter continuo y creciente, instaurándose inmediatamente tras la endoscopia. Asocia ausencia de ventoso, náuseas sin vómitos y sensación distérmica. A la exploración física la paciente se encuentra hemodinámica estable y afebril. El abdomen es blando, depresible y doloroso a la palpación profunda de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Durante la colonoscopia se observó un colon redundante y con angulaciones marcadas, llegándose hasta 70-80 cm donde existe una angulación que impide la progresión. Se suspende la exploración por el riesgo de complicaciones. Se realizan radiografía de tórax y abdomen que muestran un patrón hidroaéreo inconcluso. Ante persistencia la sintomatología, la sospecha del endoscopista de perforación rectal y la duda diagnóstica, se decide realizar TC abdominal. Se observa extenso retroneumoperitoneo desde la pelvis menor, en la región perirrectal, que diseca cranealmente los planos del retroperitoneo, fundamentalmente del lado izquierdo, con extensión hacia el tórax, por detrás de la crura diafragmática izquierda. Existe, además, extensión hacia la musculatura obturatriz de forma bilateral. No se observa líquido libre. Ante la paucisintomatología de la paciente, se decide manejo conservador con observación clínica estricta. Se instaura dieta absoluta y antibioterapia, reintroduciendo paulatinamente la alimentación oral que es bien tolerada. Se mantiene estable tanto en la exploración física como analíticamente durante todo su ingreso, por lo que se decide alta al 6º día. Se realiza TC de control ambulatorio a los 5 meses, sin presentar alteraciones.

DISCUSIÓN. La perforación postcolonoscopia es una complicación rara de consecuencias graves e incluso letales, con una incidencia entorno al 0,2-1,9% según las series. El tratamiento conservador puede realizarse en casos seleccionados y bajo un control clínico estricto, desde las primeras 24 horas, hasta un mínimo de 7 días postcolonoscopia. El tratamiento de la perforación postcolonoscopia es inicialmente quirúrgico, aunque existen publicaciones que muestran un éxito tras manejo conservador del 100%. Series recientes muestran la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente entre el 33 y 100% tras el diagnóstico. Presentamos el caso de esta paciente de avanzada edad que, a pesar de la extensión del retroneumoperitoneo llegando a mediastino, presentaba escasa clínica, decidiéndose una actitud expectante con buena evolución. Por ello, podemos concluir que el tratamiento conservador postcolonoscopia es una actitud acertada en pacientes seleccionados.

P-43

ABSCEOS HEPÁTICOS, PANCREATITIS Y DUODENITIS ISQUÉMICAS COMO COMPLICACIONES DE QUIMIO-EMBOIZACIÓN TRANSARTERIAL (TACE): CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.

Padilla Suárez C, Klímová K, García Lledó J,
Ahumada Jiménez A, Matilla Peña A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La TACE es un procedimiento comúnmente utilizado para el tratamiento de lesiones hepáticas primarias o metastásicas. La pancreatitis aguda y los abscesos hepáticos son complicaciones asociadas relativamente infrecuentes pero que no dejan de ser importantes dada su alta morbi-mortalidad.

CASO CLÍNICO. Hombre 51 años de edad, exbebedor en abstinencia desde 2009. Diagnosticado de cirrosis hepática por VHC y alcohol. Diagnosticado de carcinoma hepatocelular (CHC) por LOEs hepáticas en segmento VI en agosto 2009. Recibió tratamiento con TACE en mayo 2010 con mínima persistencia, por lo que se incluye en lista de trasplante hepático. No presentó aumento de volumen tumoral en sucesivos controles por lo que no se planteó nuevo tratamiento hasta marzo de 2011 cuando se observó progresión radiológica. En mayo de 2011 se realiza segunda TACE, con eficacia muy parcial. En agosto de 2011 el paciente se diagnostica de colangitis abscesificada por E. coli en segmentos VI y VII en relación con TACE previa. Posteriormente se realizaron varios controles radiológicos demostrándose progresión tumoral enmascarada por abscesificación post-embolización. Se realizó TACE en marzo de 2012 sin complicaciones y una segunda sesión en julio de 2012 presentando como complicación inmediata pancreatitis isquémica con necrosis del 30% y formación de colecciones sobreinfectadas así como gastroduodenitis isquémica. Recibió tratamiento médico con buena evolución.

DISCUSIÓN. La formación de abscesos hepáticos es una complicación poco frecuente de la TACE, con una incidencia del 1.7%. Usualmente son lesiones pequeñas que responden adecuadamente al tratamiento antibiótico y sólo ocasionalmente es necesario drenaje percutáneo o quirúrgico. En este caso, dado que la presencia de lesiones tumorales subyacentes ha dificultado el correcto estadiaje y retrasado el tratamiento adecuado fue necesaria la realización de varias técnicas de imagen. La pancreatitis por reflujo de partículas embolizadas tiene una incidencia cercana al 1.5%, con una mortalidad descrita global del 1% llegando al 25% en

casos de necrosis extensa. En este paciente, la evolución clínica fue favorable con tratamiento médico pese a presentar sobreinfección de las colecciones pancreáticas así como lesiones isquémicas en tracto digestivo.

CONCLUSIÓN. Los abscesos hepáticos y la pancreatitis isquémica son complicaciones que aunque infrecuentes, dificultan el posterior seguimiento y tratamiento de LOEs hepáticas.

P-44

CÁNCER DE RECTO CON METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS. ¿ESTÁ JUSTIFICADA LA CIRUGÍA DEL TUMOR PRIMARIO? NUESTROS RESULTADOS DURANTE 15 AÑOS.

*Fernando Jiménez Escovar⁽¹⁾, Carlos Cerdán Miguel⁽¹⁾,
María Conde G⁽²⁾, Gonzalo Sanz⁽¹⁾, Rodrigo Sanz⁽¹⁾,
Oscar Cano V⁽¹⁾, Esther Sánchez⁽¹⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾*

¹ UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL. SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

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

OBJETIVO. El objetivo de este estudio es analizar los resultados quirúrgicos y oncológicos en pacientes con cáncer de recto sintomático y metástasis hepáticas sincrónicas operados en los últimos 15 años en nuestra Unidad.

MATERIAL Y MÉTODO. 82 pacientes fueron operados entre 1994 y 2011. Se analizaron diferentes variables tales como localización del tumor, porcentaje de afectación hepática, tipo de intervención realizada, complicaciones y tiempo de ingreso hospitalario.

RESULTADOS. La edad media fue 67 años. El tiempo mediano de seguimiento fue 16 meses. El 97,6% de los tumores era localmente avanzado. El 68% de los pacientes tenía compromiso hepático metastásico menor del 25%. Se realizó cirugía derivativa resectiva en 70 pacientes (86,4%). El 50% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria. El tiempo mediano de ingreso hospitalario fue de 17 días. La mortalidad post-operatoria fue del 3,6%. El porcentaje de afectación hepática, el tamaño de la lesión mayor de 10 cm y la localización del tumor en recto medio e inferior aumentaron el riesgo de complicaciones. El tiempo mediano global de supervivencia fue de 20 meses siendo de 7 meses para los pacientes en los cuales se realizó cirugía derivativa y de 16 meses para aquellos en los cuales se realizó cirugía resectiva pero cuya enfermedad hepática era irresecable. En aquellos pacientes con metástasis hepáticas resecables, cuando se realizó resección curativa del cáncer de recto, la supervivencia a 7 años fue del 75%. A partir del año 2005 la supervivencia mediana global se ha incrementado de forma significativa coincidiendo con el empleo de nuevos agentes quimioterápicos.

CONCLUSIONES. El tratamiento quirúrgico del cáncer de recto con metástasis hepáticas en pacientes sintomáticos se asocia a morbilidad y mortalidad importantes. El tiempo de supervivencia, sin embargo, justifica la actuación quirúrgica en dichos pacientes. La supervivencia y la aparición de complicaciones se encuentra relacionada con el porcentaje de afectación hepática. El incremento del tiempo de supervivencia gracias a nuevos agentes quimioterápicos justifica aún más, la cirugía de este grupo de enfermos.

P-45

LESIÓN ESTENOSANTE DE SIGMA: UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DE COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

*Carlos Cerdán Santacruz, Mario Ortega López,
Gonzalo Sanz Ortega, Fernando Jiménez Escovar,
Mauricio García Alonso, Óscar Cano Valderrama,
Rocio Santos Rancaño, Javier Cerdán Miguel*

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 2.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La infección por citomegalovirus en inmunocompetentes es excepcional. La afectación gastrointestinal, sobre todo colitis, es una de las principales. Esta cursa habitualmente como diarrea acuosa acompañada o no de rectorragia y dolor abdominal inespecífico. Exponemos un caso con una forma de presentación infrecuente de colitis por citomegalovirus.

CASO CLÍNICO. Mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés. Anamnesis: dolor abdominal de inicio reciente en fosa iliaca izquierda y varios episodios de rectorragia. Exploración física: dolor abdominal en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: En la analítica de sangre destaca anemia de 4 g/dl de hemoglobina respecto a un control previo y leucocitosis y proteína C reactiva elevada; TC abdominal: inflamación de un segmento de sigma. Con diagnóstico probable de diverticulitis ingresa en planta con antibiótico intravenoso. En un TC a los 15 días no hay mejoría de la masa por lo que se solicita endoscopia que informa de una estenosis en sigma que se biopsia con resultado de colitis inespecífica. Al no poder descartar el origen tumoral de la lesión se plantea a la paciente tratamiento quirúrgico. El diagnóstico definitivo es de colitis por CMV.

COMENTARIO. Este tipo de infecciones infrecuentes y generalmente no son sospechadas en población inmunocompetente suponen un reto diagnóstico-terapéutico y, aunque el caso que hemos presentado tuvo buena evolución, existen en la literatura casos descritos con desenlaces fatales. El papel de la terapia antiviral específica con ganciclovir, valganciclovir o ambos no está totalmente aclarado puesto que no existen estudios randomizados al respecto y no se puede determinar si la buena evolución clínica se debe a la autolimitación de la infección o la terapia dirigida. La mayoría de autores en casos de infección grave inicia el empleo de antivirales. La necesidad de llegar a un tratamiento quirúrgico en estos casos es anecdótica.

P-46

ESFINTEROPLASTIA EN ANCIANOS

Carlos Cerdán Santacruz, Mario Ortega López, Gonzalo Sanz Ortega, Fernando Jiménez Escovar, Mauricio García Alonso, Rodrigo Sanz López, Rocio Santos Rancaño, Fernando Esteban Collazo, Javier Cerdán Miguel

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 2.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La Incontinencia Anal (IA) constituye un problema altamente incapacitante cuyo manejo terapéutico es complejo y debe individualizarse. En el anciano está considerada como uno de los grandes síndromes geriátricos. Sin embargo, no es muy habitual su corrección quirúrgica mediante esfinteroplastia. El objetivo es analizar los resultados de nuestros pacientes mayores o iguales de 70 años sometidos a esfinteroplastia por IA.

MATERIAL Y MÉTODOS. Entre Enero de 1994 y Dic. de 2008 fueron intervenidos 10 pacientes (1H y 10M), de edad media 75,7 (rango 72-80). Se analizan factores etiológicos, sintomatología, exploración, test de Wexner pre y postoperatorio, manometría anal pre y postoperatoria, Ecografía Endoanal y procedimiento quirúrgico. Los datos se recogieron de forma retrospectiva y fueron incluidos en la base datos del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS. La etiología más frecuente es el trauma obstétrico (89.4%). Se asocia con frecuencia con otra patología (rectoceles 12.1%). El tacto rectal objetivó lesión esfinteriana en el 96.4% de casos y mediante ecografía endoanal en el 98.5% (sólo lesión EAE en 48.5% y de ambos esfínteres en el 50%). El valor medio de PR en manometría preoperatoria es de 27.73 mmHg y postoperatorio de 31.35 mmHg (No diferencias significativas). El valor medio de MCV preoperatoria es de 50 mmHg. y postoperatoria de 57.85mmHg (No diferencias significativas). El valor medio de Wexner preoperatorio es 18 y de 6 el posoperatorio (diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$). El 10 % de pacientes no presentaron mejoría posquirúrgica. Se realizó esfinteroplastia por solapamiento EE en el 10%, con plicatura de puborrectal como procedimiento sobreañadidos a la esfinteroplastia en el 70% de pacientes y plicatura puborrectal y EI sobreañadidos en el 20%. No hubo complicaciones dignas de mención. Un 10% recibió Biofeedback como complemento terapéutico y un 10% Neuromodulación Raíces Sacras.

CONCLUSIONES. La esfinteroplastia, con los gestos quirúrgicos precisos sobreañadidos, proporciona buenos resultados en el tratamiento de la IA originada por lesión esfinteriana, con una tasa de complicaciones mínima. Tras la reparación anatómica, se puede completar con otros procedimientos terapéuticos como Biofeedback y Neuromodulación de Raíces Sacras.

P-47**TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR MEDIANTE NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS.**

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

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL
HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS DE MADRID.

INTRODUCCIÓN. La resección anterior de recto puede dar lugar a una serie de alteraciones en la función rectal, agrupadas en el denominado Síndrome de Resección Anterior (SRA), consistentes en urgencia defecatoria, tenesmo, aumento del número de deposiciones, sensación de evacuación incompleta, ritmo defecatorio errático y grados variables de incontinencia anal. La Neuromodulación de Raíces Sacras (NRS) es una alternativa terapéutica con buenos resultados para mejorar la continencia y la calidad de vida en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Entre Enero de 2010 y Diciembre de 2011, se realizó NRS en 6 pacientes que habían sido tratados de cáncer de recto y presentaban alteraciones defecatorias con importante alteración de su calidad de vida. En el momento de indicar el tratamiento NRS ningún paciente presentaba recidiva y/o metástasis. Previamente se realizó tratamiento conservador con medidas dietético-farmacológicas, Biofeedback y Neuromodulación del Nervio Tibial Posterior. En el test de prueba se testaron S2-S3-S4 de forma bilateral y 3-4 semanas después se colocó el generador definitivo si los episodios de incontinencia se reducían al 50%. Se analizó la sintomatología, exploración, test de

Wexner pre y postoperatorio, manometría anal pre y postoperatoria y Ecografía Endoanal. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS. La edad media fue de 59.5 años (52-67). La distancia media de la anastomosis fue de 5.5 cm (3-8). La ecografía no mostraba alteraciones esfinterianas. La manometría pre y posoperatoria no evidenció diferencias significativas. La incontinencia y urgencia defecatoria presentaron clara mejoría, pasando la escala de Wexner 16 a 6 ($p < 0.005$). En las encuestas de calidad de vida mejoraron todos los dominios.

CONCLUSIONES. La NRS es un tratamiento eficaz en pacientes seleccionados con SRA cuando han fracasado las medidas conservadoras, siendo de fácil aplicación y con un número mínimo de complicaciones.

P-48**RESULTADOS INICIALES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN PACIENTES OCTOGENARIOS.**

César Benito Fernández⁽¹⁾, Juan José Arenal Vera⁽¹⁾, Miguel Ángel Citores Pascual⁽¹⁾, Claudia Tinoco Carrasco⁽¹⁾, Gloria Sánchez Antolín⁽²⁾, I Félix García Pajares⁽²⁾, I Manuel González Sagrado⁽³⁾

¹ SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.

² SERVICIO DE DIGESTIVO I. ³ UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

OBJETIVO. Analizar los resultados postoperatorios inmediatos del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma gástrico en pacientes mayores de 80 años.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realiza un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes mayores de 80 años que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de adenocarcinoma gástrico. Las variables clínico-patológicas estudiadas fueron: edad, sexo, enfermedades médicas asociadas (ASA), localización tumoral, tipo de intervención, tipo y grado histológicos, estadio anatomopatológico (TNM 7ª Edición UICC/AJCC), complicaciones (generales y específicas) y mortalidad postoperatoria (30 días tras la cirugía). El análisis estadístico se ha realizado mediante la aplicación del test de la chi cuadrado para las variables cualitativas, y la t de Student y U de Mann-Whitney para las cuantitativas, considerándose la significación estadística para un nivel de confianza del 95%, con una $p < 0,05$.

RESULTADOS. Entre enero de 1987 y diciembre de 2009 se han intervenido de forma electiva 138 pacientes mayores de 80 años (18% del total de pacientes); 73 hombres (53%) y 65 mujeres (47%), con una edad media de 84 años (rango: 80-97). El 46% de los pacientes presentaron un score ASA = 3. La localización más frecuente fue la distal, en el 64% de los casos. Se identificaron tumores sincrónicos (multicéntricos) en 26 casos (19.1%). Se realizó resección con intención curativa en el 78% de los casos, con porcentajes similares que en pacientes menores de 80 años (72%). El tipo de gastrectomía fue el indicado por la localización del tumor. La distribución según el estadio anatomopatológico fue la siguiente: estadio I, 18%; II, 21%; III, 39% y IV, 22%. Presentaron complicaciones 79 pacientes (58%), de tipo general en 50 (37%) y específica en 51 casos (37.5%). Las complicaciones generales más frecuentes fueron las pulmonares (26%) y urológicas (13.6%), y entre las locales la infección de herida (20%) y las fístulas, duodenales (10%) o anastomóticas (6%). Fueron reintervenidos 10 pacientes (7.6%) por diferentes causas. La tasa de mortalidad operatoria fue del 25.4%

(35 pacientes), 24 casos por complicaciones generales y 10 por complicaciones quirúrgicas. De ellos, el 71% presentaron ASA =3 y estadios III y IV. Se analizó la morbi-mortalidad operatoria en relación con los diferentes factores estudiados y otros grupos de edad.

CONCLUSIONES. Los pacientes mayores de 80 años representan un grupo de edad en aumento y el número de resecciones con intención curativa es similar a otros grupos de edad. Sin embargo, en nuestra serie presentaron una elevada morbimortalidad postoperatoria. La edad es un factor pronóstico significativo en pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico en nuestra serie ($p=0.0001$).

P-49

ESTUDIO DESCRIPTIVO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) SEGUIDOS EN LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE CASTILLA Y LEÓN.

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

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.

INTRODUCCIÓN. El 2-7% de la población española estaría infectada de manera crónica por el VHB, aunque la generalización de la vacuna probablemente ha disminuido estas cifras. Esta infección se considera endémica en varios países de Asia, en el Amazonas y el Sur de Europa Oriental y Central. Nuestro país ha recibido una inmigración muy importante desde estas regiones en los últimos años, por lo que puede haber aumentado la prevalencia de esta infección y cambiado además las características de los pacientes. Por este motivo, hemos querido analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que actualmente acuden a nuestra consulta.

MÉTODOS. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de todos los pacientes (108) que están en seguimiento actualmente en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU). Se han excluido los pacientes coinfectados con el VIH.

RESULTADOS. Los pacientes son diagnosticados desde la edad perinatal hasta los 75 años siendo el rango más prevalente de 21-40 años (53%), predominando los hombres (68%). El 64% son españoles y el 36% extranjeros. Entre los inmigrantes predominan los procedentes de Europa del este (53%), seguidos de África (26%), Asia (12%) y América del Sur (9%). El número de casos nuevos diagnosticados ha ido aumentando desde 1975, desde 15 casos nuevos en la década de los 80 hasta 47 casos nuevos la década pasada. Además, entre los pacientes diagnosticados en los 80, solo dos eran extranjeros mientras que en la pasada década el número de españoles e inmigrantes se igualó (29 y 28 casos, respectivamente). Del total de pacientes estudiados, once presentan alguna coinfección: 5 casos con el virus de la hepatitis C, 2 casos con el virus de la hepatitis D y uno presenta coinfección por ambos virus. Predominan los pacientes con AgHBe negativo tanto en los extranjeros (87%) como en los españoles (83%). La mayoría de pacientes (71,3%) se diagnostican en fase replicativa, con DNA-VHB detectable. En ellos predominan los que tienen carga viral alta (>2.000 UI/ml), en proporción similar (58% y 52%) en los inmigrantes y los españoles. A 43 pacientes (40%) se les realizó biopsia hepática,

un 84% tenían hepatitis crónica activa y solo tres (7%) cirrosis. Cuando la fibrosis se estudió mediante métodos no invasivos (índices APRI, FORNS y FIB 4), la mayoría de los pacientes se encontraban en un estadio F0-F1, (81% de los pacientes inmigrantes y 62% de los pacientes españoles), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,03$). Actualmente 41 pacientes (38%) están recibiendo tratamiento (19 pacientes con tenofovir, 14 pacientes con entecavir, 3 con tenofovir en combinación con emtricitabina, dos con entecavir y tenofovir en combinación, uno con lamivudina y tenofovir, y otro con interferón pegilado).

CONCLUSIONES. La población infectada crónicamente por el VHB seguida en el HUBU ha ido cambiando en los últimos años, igualándose actualmente el número de pacientes nacionales e inmigrantes. Aún así, las características clínicas son similares: en nuestro centro asistimos a adultos jóvenes, predominantemente varones monoinfectados, con AgHBe negativo, con alta tasa de replicación viral, y con poca lesión hepática (aún menor en los pacientes inmigrantes). Reciben tratamiento una tercera parte de los casos, fundamentalmente con monoterapia con tenofovir o entecavir.

P-50

PROCTITIS POR CHLAMYDIA SIMULANDO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Yuliana Jamanca Poma, Péres Corte Daniel, Ana Mora Soler, Alejandra Fernández Pordomingo, Vanesa Prieto Vicente, Francisco González San Martín, Antonio Rodríguez Pérez

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

La incidencia de proctitis infecciosa está en aumento, especialmente en homosexuales (HHS). Los patógenos más comunes son: *Herpes simplex virus* (HSV), *Neisseria gonorrhoeae* (GC), *Treponema pallidum* y *Chlamydia trachomatis* (CT). La CT es la causa más frecuente de enfermedad bacteriana de transmisión sexual en occidente. Las cepas oculogenitales de CT (A-K) producen proctitis leve mientras que los serovares LGV-asociados (L1-3) dan más inflamación con desarrollo de granulomas e inflamación transmural y lo asemejan a la enfermedad de Crohn.

CASO CLÍNICO. Varón homosexual de 42 años, con antecedente de HTA, dislipemia y hemorroidectomía por hemorroides trombosadas 2 meses previos al inicio de los síntomas, con viaje reciente a Qatar. Es remitido a Digestivo por diarrea y síndrome rectal de 2 meses de evolución, sin fiebre ni cuadro constitucional. Presentaba hipertonia del esfínter anal. VSG 45mm/h. Coprocultivos, parásitos, toxina de *C. difficile* negativos. Serologías negativas para VIH, VHB, VHC, lúes. Se realiza colonoscopia y en



Recto presenta edema una gran úlcera de 1 cm tapizada de fibrina y otras varias de menores y con pérdida del patrón vascular perilesiones y se biopsia; la mucosa de íleon era normal; la histología del íleon fue normal y en la mucosa rectal presentaba ulceraciones con abundante tejido de granulación, negativo para C.M.V. El tratamiento con mezalazina y corticoides tópicos ante sospecha de EIIC produjo mejoría clínica y endoscópica. Sin embargo, presentó nuevos episodios intermitentes similares. Otro control endoscópico volvió a ver la úlcera de las mismas características y se biopsió para estudio histológico y PCR: ausencia de granulomas o de abscesos crípticos nítidos. Inmuno-histoquímica: CMV, herpes, *Treponema*: (neg). Tinción bacilo ácido alcohol resistente, hongos y protozoos (neg); no reúne criterios de EII. El estudio por PCR resultó positivo para *clamidia*. La evolución fue favorable tras tratamiento con doxiciclina.

COMENTARIO. En la proctitis es importante realizar PCR de clamidias ante una alta sospecha diagnóstica. La presentación clínica puede ser similar a la proctitis en la EII. El tratamiento puede iniciarse empíricamente a la espera de los resultados microbiológicos, reduciendo así la inflamación, infección y por lo tanto, la infectividad del paciente.

P-51

TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROINTESTINALES

Mora Soler A⁽¹⁾, Revilla Morato C⁽¹⁾, Jamanca Poma Y⁽¹⁾,
del Carmen Martínez S⁽²⁾, Geijo Martínez F⁽¹⁾,
Jimenez Vicente F⁽¹⁾, Rodríguez Pérez A⁽¹⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE ANATOMÍA
PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN. Los tumores neuroendocrinos (TNE) se pueden localizar en casi todo el organismo y más frecuentemente en el tracto gastrointestinal; suponen el 2% de todos los tumores gastrointestinales. Siendo los más frecuentes el carcinóide en intestino y el insulinoma en el páncreas. En su mayoría son neoplasias con bajo grado de malignidad, lento crecimiento y tendencia a la metástasis (hepáticas y ganglionares). Según la actividad proliferativa se clasifican en pobremente y bien diferenciados. Las manifestaciones clínicas típicas (síndrome carcinoide) son secundarias a la secreción de serotonina y otras sustancias vasoactivas. Hasta un 60% de los pacientes están asintomáticos al diagnóstico. Describimos las características de los pacientes con TNE gastrointestinales diagnosticados y seguidos en nuestro Hospital.

MÉTODOS. Estudio descriptivo retrospectivo de 21 pacientes, diagnosticados de TNE gastrointestinales confirmados histológicamente entre 2008 y 2012.

RESULTADOS. 10 eran hombres (47,6%) y 11 mujeres (52,4%), con una edad media de 62,9 años. La localización más frecuente fue el recto, con 6 casos (28,6%), seguido de estómago con 4 (19%), ciego e íleon con 3 cada uno (14,3%), esófago y yeyuno con 2 casos cada uno (9,5%) y por último 1 en divertículo de Meckel (4,8%). El 38,1% presentó hemorragia digestiva al diagnóstico, el 19% diarrea y el 71,4% dolor abdominal; en ninguno se objetivó flushing. El 23,8% presentaba un síndrome constitucional asociado al cuadro. A 17 de los 21 pacientes se les hizo endoscopia digestiva (sólo una enteroscopia de balón) y localizó el tumor en 16 y en uno, localizado en yeyuno fue negativa y se diagnosticó en cirugía. En 5 casos se observó lesión polipoidea, en 10 casos tumoración o masa y en 1 caso como ileítis inespecífica. En todos los casos se realizó estudio de extensión mediante TC, en el 38% se realizó Octreoscan, siendo en el 33% de los casos normal. De los marcadores realizados, en el 19% la cromogranina sérica estaba elevada, el 23,8% el

5HIAA en orina de 24 horas. El tipo histológico de los tumores fue en el 52,4% de los casos bien diferenciado, el 23,8% pobremente diferenciado, el 19% carcinoma y el 4,7% tumor de células claras. El 52,4% pudo ir a cirugía, el 28,57% recibió quimioterapia, el 19% tratamiento paliativo y el 23,8% tratamiento endoscópico. El 66% presentó metástasis durante la evolución de la enfermedad, siendo la localización más frecuente las hepáticas y ganglionares. 6 fueron éxitos (28,5%) durante el seguimiento, cuatro de ellos por progresión de la enfermedad y 2 por complicaciones postoperatorias, con una media de 130 días entre el diagnóstico y el éxito.

CONCLUSIONES. En nuestra serie la presentación clínica más habitual TNE gastrointestinales fue el dolor abdominal, seguido de la hemorragia digestiva. La localización más frecuente fue el recto seguido del estómago, a diferencia de otras series. La mayoría de las lesiones fueron accesibles a la endoscopia convencional. El hígado fue la localización más frecuente de las metástasis. El octreoscan no fue útil para detectar lesiones. Presentaron, tras el diagnóstico, una mortalidad elevada asociada a la propia enfermedad y a complicaciones post-quirúrgicas, lo que indica que habitualmente se diagnosticaron en estadios avanzados.

P-52

POLIPOSIS COLÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA TIPO MALT

Beatriz Mateos Muñoz, Irene Pérez Enciso, Blanca Serrano
Falcón, Inmaculada Pérez Amarilla, Carmen Poves Francés,
Antonio Ruiz de León San Juan, Julio Pérez de la Serna Bueno

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

INTRODUCCIÓN. El tracto digestivo es el lugar más frecuente de afectación extranodal de los linfomas no Hodgkin. Sin embargo, la afectación primaria del mismo por neoplasias constituye el 1-4% de los tumores gastrointestinales. La afectación colónica es la menos frecuente (0,5-1%) y puede manifestarse con hemorragias o dolor abdominal. Respecto al diagnóstico, en la endoscopia se puede encontrar tanto lesiones únicas como difusas con nódulos o pólipos. La toma de biopsias, el estudio de la sangre periférica y de la médula ósea, llevan al diagnóstico definitivo. Pruebas de imagen como marcan el estudio de extensión.

CASO CLÍNICO. Mujer de 69 años con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal en tratamiento con omeprazol, que acude a urgencias por tres episodios de rectorragia de sangre roja, indolora, espontánea autolimitados. Se realiza TAC abdominal, sin objetivarse punto de sangrado activo, aunque sí, múltiples adenopatías abdominales, especialmente perigástricas y retroperitoneales. Endoscópicamente, destaca úlcera rectal menor de 1 cm y numerosos pólipos en todo el recorrido colónico, mientras que la gastroscopia no muestra ningún hallazgo relevante. El estudio anatomopatológico de las muestras remitidas, catalogan la úlcera rectal como inflamación crónica y a los pólipos de hiperplasia folicular linfóide. Las biopsias gástricas son de mucosa normal sin observarse datos de infección por *Helicobacter pylori*. Se solicita frotis sanguíneo y citometría de flujo en los que se detecta un predominio de linfocitos B, con una relación Kappa/Lambda aumentada sugerente de síndrome linfoproliferativo. Se le realiza punción de médula ósea, que confirma el diagnóstico y lo cataloga de linfoma tipo MALT.

DISCUSIÓN. Debemos tener en cuenta en el diagnóstico etiológico de las poliposis colónicas los linfomas con afectación intestinal, que marcan un manejo terapéutico y un pronóstico muy diferentes al resto de enfermedades malignas del colon.

P-53

SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PERFUSIÓN DIRIGIDA POR ENDOSCOPISTA EN PROCEDIMIENTOS PROLONGADOS.

Acosta Materán R, Cruz Sibaja R, Calderón Begazo R, Álvarez Delgado A, Geijo Martínez F, Velasco Guardado A, Sánchez Garrido A, Martín Arribas M, Rodríguez Pérez A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN. Existen varias guías y consensos sobre la administración de sedación por personal no anestésista en endoscopia. No hay datos definitivos sobre quién debe llevarla a cabo en los procedimientos largos y complejos como la CPRE, USE y enteroscopia. Ya desde hace 5 años, hacemos las endoscopias con sedación profunda con Propofol con un facultativo especialista, una enfermera y una auxiliar de enfermería por sala para todo el proceso. Para los ASA V lo hacemos con ayuda de anestésista o médico de la UVI. Aunque no hemos tenido complicaciones significativas en más de 20000 colonoscopias y en más de 500 procedimientos largos no hemos recogido los datos prospectivamente. El objetivo ahora es demostrar prospectivamente el perfil de seguridad, la eficacia, coste-eficacia y las complicaciones en endoscopias con sedación en pacientes ASA I-IV con un mínimo de personal en la sala de endoscopias consistente en un endoscopista, asistido por una enfermera formada en sedación y una auxiliar de enfermería. Métodos: Estudio observacional prospectivo de 70 pacientes en los que se administró propofol en perfusión continua para CPRE, USE y enteroscopia de julio a septiembre del año 2012 en nuestro servicio. El personal presente en la sala consistió en un médico especialista en aparato digestivo, una enfermera y una auxiliar de enfermería y en ocasiones un MIR de aparato digestivo. Todos los pacientes incluidos fueron clasificados según la Sociedad Americana de Anestésistas (ASA). Los criterios de exclusión fueron edad < 17 años y embarazo. Durante los procedimientos se monitorizaron la frecuencia cardiaca, la saturación de oxígeno, tensión arterial. Se consideraron todos los efectos adversos relacionados con la sedación.

RESULTADOS. Ningún procedimiento se interrumpió por la presencia de complicaciones relacionadas con la sedación. Se analizaron 70 pacientes; 41 de ellos eran hombres (58,6%) 29 mujeres (41,4%), con una edad media de 70,84±15,41 años. Los procedimientos realizados fueron 42 CPRE (60%), 21 ecoendoscopias (28%) y 7 enteroscopias (10%). La clasificación ASA de los pacientes fue: 7 pacientes ASA I (10%), 46 ASA II (65,7%), 15 ASA III (21,4%) y 2 ASA IV (2,9%), ninguno de ellos tenían malformaciones faciales y sólo uno de ellos cuello corto. Diez pacientes (14,3%) tenían tratamiento previo con otros fármacos (opiáceos y psicofármacos). La duración media de las exploraciones fue 39 ±23 minutos; fueron más largas las enteroscopias y los casos en los que se realizó USE/CPRE. La dosis total media de propofol fue de 343,15±135,46 mg. En 5 casos se asoció Fentanilo. Se registraron 6 casos de desaturación leve, 2 casos de hipotensión y 30 casos de hipertensión muy transitorios. No se requirió en ningún caso la realización de



maniobras de resucitación cardiopulmonar, administración de drogas antagonistas, necesidad de intubación orotraqueal ni asistencia por anestesiólogo.

CONCLUSIÓN. La realización de endoscopias "largas" con sedación profunda llevadas a cabo por un número mínimo de personal como son un facultativo especialista, una enfermera entrenada en sedación y una auxiliar de enfermería en pacientes con ASA I-IV es segura y eficaz. Seguimos recogiendo datos para comprobar estos aspectos en un número mayor de casos.

P-54

IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA PARA FILIAR EL ORIGEN DE ABSCESOS INTRAABDOMINALES.

Calderón Begazo R, Acosta Materán R, Mora Soler A, Fernández Pordomingo A, Prieto Bermejo A, Martín Arribas M, Rodríguez Pérez A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN. Los abscesos intraabdominales(AI) son una causa importante de morbimortalidad; el 74 % son intraperitoneales. Las causas más frecuentes incluyen traumatismos, cirugía abdominal y perforación por enfermedad ácido péptica o por enfermedad diverticular. Presentamos 2 casos de que debutan como AI sin evidencia clínica de su etiología inicialmente.

CASO 1: varón de 79 años portador de mieloma múltiple, en tratamiento con opiáceos e inmunosupresores que llegó a urgencias por llevar 7 días sin defecar, vómitos biliosos, sin fiebre, distensión abdominal, dolor a la palpación superficial de forma difusa y ruidos hidroéreos escasos. Tacto Rectal: fecaloma que se intenta desimpactar parcialmente de forma manual y con sonda rectal. Analítica: PCR 34,18. Rx de tórax sin neumoperitoneo. Rx de abdomen: distensión intestinal. TC de abdomen: asociado, pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal en fosa rectovesical. Diverticulosis colónica. Con tratamiento conservador hay resolución parcial pero persiste importante distensión abdominal, timpanismo generalizado y masa palpable en epigastrio hasta mesogastrio. Un nuevo TC 8 días después demostró un absceso intraabdominal de 8 x 3,5 cm que se extendía desde región subdiafragmática hasta umbilical, con contenido hipodenso y burbujas aéreas en su interior; se procedió a drenaje percutáneo y en TC de control, 11 días después del drenaje, la colección había desaparecido. Permaneció ingresado por neumonía. Se realizó colonoscopia 35 días después del ingreso para intentar filiar la causa, y se encontró en unión recto-sigma un desgarro importante con orificio fistuloso en una zona de divertículos, visualizándose peritoneo a su través. Respondió a antibioterapia y es dado de alta hospitalaria.

CASO 2: varón de 81 años que presentaba dolor periumbilical de 10 días de evolución, ausencia de deposiciones, náuseas y vómitos, sin fiebre. Resistencia a la palpación en hemiabdomen derecho y ruidos intestinales disminuidos. Tacto rectal: Ampolla rectal con heces de aspecto normal, sin masas. Analítica normal. Rx de tórax: Normal. Rx de abdomen: ausencia de gas en colon descendente y aire escaso en ampolla rectal. En estudio RX esofagogastroduodenal no se apreciaron alteraciones. Colonoscopia normal. TC abdominal: Absceso subfrénico derecho de 16 x 5 cm que se extiende en localización perihepática y hacia gotiera paracólica derecha con burbujas aéreas en su interior. Engrosamiento asimétrico de la pared del duodeno con aumento de densidad de la grasa circundante. Pequeñas colecciones con nivel hidroaéreo en el área del ligamento redondo. Sugieren descartar perforación duodenal como causa de los hallazgos descritos. No se realiza gastroscopia



por el riesgo de perforación, en el estudio gastroduodenal no hay fuga de contraste. Se realiza drenaje percutáneo de la colección con buena evolución y se da de alta con seguimiento clínico y radiológico en consulta externa. Un mes después se realiza gastroscopia en la que se observó úlcera duodenal.

P-55

GIST RECTAL: DOS CASOS CLÍNICOS Y ASPECTOS IMPORTANTES

Rocío Santos Rancaño⁽¹⁾, Óscar Cano⁽²⁾, Carlos Cerdán⁽³⁾,
Fernando Jiménez⁽⁴⁾, Fernando Esteban⁽⁵⁾, Pablo Rodríguez⁽⁴⁾,
Israel Bernal⁽⁶⁾, Armando Martínez⁽⁶⁾, Javier Cerdán⁽⁵⁾

¹ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. ² UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL. SERVICIO DE CIRUGÍA 2. ³ SERVICIO DE CIRUGÍA 2.

⁴ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 2.

⁵ UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 2.

⁶ DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son neoplasias mesenquimales caracterizadas por sobrepresión de la tirosina kinasa c-kit (CD 117). Derivan de las células intersticiales de Cajal del músculo liso. Los GISTs rectales tienen una incidencia de tan sólo el 0.1% de los tumores.

CASOS CLÍNICOS. **Caso 1.-** Varón, 40 años acude por rectorragia y tumoración anal. Tacto rectal: tumoración bilobulada de 3cm, dura-elástica y móvil en antero-lateral izquierda del canal anal, cubierta por mucosa normal según la colonoscopia. La RMN y PET-CT describen una masa a 2cm de línea pectínea, adyacente a próstata y músculo elevador del ano, no infiltrante, de 35mm de diámetro, sin metástasis a distancia, sugerente de malignidad. En la EER se evidencia que la masa surge de la muscular rectal. Biopsia: c-kit+, CD 34+, actina-, desmina- y S100-. Se instaura tratamiento neoadyuvante con Imatinib con escasa respuesta y 6 meses después se realiza una resección anterior de recto ultrabaja con reservorio en L. El estudio anatomopatológico confirma: tumor de 4.8x3x3.5cm que presenta 4 mitosis/50 campos de gran aumento (CGA), de riesgo intermedio. Se inicia Imatinib adyuvante y actualmente el paciente presenta buen estado general. **Caso 2.-** Varón, 48 años acude por rectorragia y tumoración rectal. Se palpa tumoración dura en línea pectínea anterior. Colonoscopia: a 3cm del margen anal lesión submucosa de 3cm ulcerada. En la TAC no se observan metástasis a distancia. EER: tumor muscular. Se decide tratamiento quirúrgico. Estudio AP: tumor de 2x6x4.5cm, c-kit+, con un índice de mitosis <5 por 50 CGA. Diez años después se observan metástasis hepáticas en segmentos IV,VI y VII y masa presacra de 7,5cm. Se administra Imatinib sin respuesta, por lo que se cambia a Sunitinib, con buena respuesta. Se realiza hepatectomía derecha y extirpación completa de la masa pélvica. AP: GIST rectal con respuesta completa al tratamiento. En la actualidad el paciente no presenta recidiva.

DISCUSIÓN. Tamaño, el número de mitosis por CGA y localización anatómica son factores de riesgo para malignidad. El TAC es de elección en pacientes con sospecha, mientras que en los GIST rectales la RMN aporta más información. El PET es útil para corroborar malignidad y valorar respuestas al tratamiento. El diagnóstico definitivo es por inmunohistoquímica (c-kit+ en el 90% y CD-34+ en el 60-70%). La cirugía es el único tratamiento curativo: Escisión local endoscópica, resección anterior de recto o amputación abdominoperineal, según la localización tumoral. El Imatinib se emplea en los GISTs c-kit+ de manera neoadyuvante, adyuvante y paliativa, con una tasa de respuesta del 40-80%. Se puede emplear Sunitinib, en los GISTs resistentes o con mala tolerancia.

CONCLUSIÓN: 1.) La localización rectal de los GISTs rara. 2.) La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en los tumores localizados. 3.) El Imatinib está indicado como terapia neoadyuvante, adyuvante o paliativa. El Sunitinib es un fármaco de segunda línea.

P-56

PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE ANO ES NECESARIA UN CONSULTA MONOGRÁFICA DE ALTO RENDIMIENTO. DESCRIBIMOS NUESTRA EXPERIENCIA.

Gonzalo Sanz Ortega, Rodrigo Sanz, Concepción Millana,
José Antonio Cortés, Luis Estela, Pilar Quiroz,
Fernando Jiménez, Jaime Zuloaga, Javier Cerdán

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El cribado de lesiones preneoplásicas cervicales mediante citología de Papanicolaou es una de las intervenciones preventivas de cáncer con más éxito en la historia de la Medicina, reduciendo en un 75% el cáncer de cérvix en los países desarrollados. Se ha postulado ante el aumento de la incidencia del cáncer de ano, que dichas estrategias preventivas serían aplicables en pacientes de riesgo a nivel anal. Presentamos nuestra experiencia para poner en marcha una Consulta de Alto Rendimiento (CAR) para el cribado del cáncer anal.

MATERIAL Y MÉTODO: describimos los datos epidemiológicos recogidos en nuestra serie. Definimos las poblaciones de riesgo para el cáncer anal que se beneficiarían del cribado. Hemos desarrollado un programa de cribado basado en el modelo de Joel Palefsky y adaptado a nuestro medio. Referimos los recursos puestos a nuestra disposición por nuestro Hospital. Se establecen colaboraciones con el Servicio de Ginecología para el entrenamiento en el uso del colposcopio e interpretación de las citologías, así como la aplicación de técnicas de inmunohistoquímica y patología molecular con Anatomía Patológica.

RESULTADOS. Describimos nuestro protocolo de manejo: anamnesis y exploración clínica, valoración estado inmunológico, cepillado anal en medio líquido según técnica de Palefsky. Anuscopya con tinción (ácido acético +/- Lugol) y biopsia (escisional) de las lesiones. Estudio histológico e inmuno-histoquímico en el Laboratorio. Se estudia el VPH mediante amplificación del ADN con PCR y Micro-arrays para detectar si existe infección por VPH e identificar los genotipos de AR. Cuando se identifican lesiones de alto riesgo o carcinomas se indica el tratamiento indicado en cada caso; coagulador con Infrarrojos en displasias de alto grado poco extensas, resección local de lesiones más extensas, quimiorradioterapia para carcinomas invasivos. Metodología de CAR para cribado de cáncer anal: en la primera visita se informa al paciente, se explora y toma la primera citología anal, y según el resultado de ésta, en una segunda visita se realiza la anuscopya de alta resolución y biopsia de las lesiones sospechosas. Si el diagnóstico no fuera de displasia severa con estas dos visitas ambulatorias incluiríamos al paciente en el protocolo de seguimiento; si hubiera signos de malignidad se trataría precozmente. Realizamos un Proyecto de Investigación traslacional solicitando Becas de Investigación.

CONCLUSIONES. La puesta en marcha de una Consulta de Alto Rendimiento para cribado del cáncer anal es fundamental para diagnosticar y tratar precozmente lesiones displásicas anales. El abordaje de esta patología debe ser multidisciplinar y contar con la colaboración de distintos especialistas: coloproctólogos, ginecólogos, dermatólogos y patólogos, fundamentalmente. Debemos

contar con la colaboración y apoyo tanto de nuestras instituciones como de patrocinadores privados.

P-57

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR REACTIVACIÓN DE VHB SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (ADALIMUMAB)

García Alba L, Peñas Herrero Irene, García Pajares Félix, Sancho Del Val Lorena, Ruiz Zorrilla Rafael, Sánchez-Ocaña H R, Santos Santamarta F, Alcaide Suárez Noelia, Almohalla Álvarez Carolina, Pérez-Miranda Manuel

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. VALLADOLID

Paciente de 62 años de edad con antecedentes de Espondiloartropatía diferenciada HLA-B27+, Síndrome de Reiter, Nefritis en la infancia, en tratamiento previo con: Metrotexate, Adalimumab (11 meses de tratamiento). Ingresa en UCI por ictericia, encefalopatía hepática grado III de 6 días de evolución con la siguiente analítica: Leucocitos 10,300, Hb 11.6, plaquetas 79,000, TP 29%, INR 2.4, factor V 25%. BT 35, BI 19, Cr 1.6, pH 7.46, Lactato 2.1, HBsAg+, Anti-HBs (-), HBcAb +, PCR VHB 14,313. Se sospecha fallo hepático fulminante secundario a reactivación de VHB variante pre-core defectiva (desconocido estado de portador). Se inicia tratamiento con Lamivudina y Adefovir. Ante la situación crítica del paciente se realizan 3 sesiones de MARS con mejoría leve, sin recuperación de función hepática por lo que se incluye en urgencia 0, al cuarto día de su estancia en UCI para trasplante hepático. Se realiza trasplante el mismo día que se incluye en lista de espera. Pre-senta evolución favorable tras intervención con mejoría importante de la encefalopatía hepática y recuperación de coagulación y resto de pruebas de función hepática a las 24h post-trasplante. Se realiza tratamiento profiláctico para virus de la hepatitis B con gamma-globulina antihepatitis B según protocolo de nuestro centro y tratamiento con Entecavir. Tras permanecer ingresado durante 21 días se decide alta hospitalaria.

DISCUSIÓN. Se han descrito reactivaciones de VHB en tres grupos pacientes: sometidos a quimioterapia para órganos sólidos y hematólogicos, pacientes tratados con inmunomoduladores (metrotexate o tratamientos biológicos anti-TNF alfa y los sometidos a inmunosupresión por trasplante de órganos sólidos. Los inhibidores de TNF alfa (adalimumab, infliximab, etanercept) pueden causar reactivación del VHB. Son fármacos utilizados en el tratamiento de diversas patologías: artritis reumatoide, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Actúan bloqueando la acción de la diversidad biológica del FNT alfa involucrado en la patogénesis de enfermedades inmunoinflamatorias. Es necesario realizar serología de VHB en todo paciente que se prevea inicio de tratamiento inmunosupresor (incluidos corticoides), por el riesgo importante de reactivación de VHB. En pacientes con HBsAg+, HBcAg+, debe iniciarse tratamiento profiláctico con Lamivudina, ya que está demostrado que existe menor riesgo de reactivación con el tratamiento profiláctico, no obstante el riesgo de reactivación del VHB no queda anulado totalmente con el tratamiento profiláctico.

P-58

DIAGNÓSTICO DE LOES HEPÁTICAS, PRUEBAS DE IMAGEN VS BIOPSIA HEPÁTICA.

Alba Luz Vargas García⁽¹⁾, Peñas Herrero I⁽²⁾, Sancho del Val L⁽³⁾, Ruiz-Zorrilla L R⁽³⁾, Santos Santamarta F⁽²⁾, Sánchez-Ocaña Hernandez R⁽⁴⁾, Almohalla Álvarez C⁽³⁾, Pérez-Miranda M⁽²⁾

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA. ³ UNIDAD DE HEPATOLOGIA. ⁴ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID.

Paciente de 60 años TOH ingresa para estudio de LOEs hepáticas AP: exfumador. Exbebedor. HTA. DM 2. TBC correctamente tratada. EPOC. Cirrosis OH. HTP y varices esofágicas grado I, Gastropatía de la hipertensión portal. Hepatocarcinoma de 3.5 cm en segmento IV tratada con radiofrecuencia. Encefalopatía hepática. Trasplante hepático 03/2011. Hígado explantado hepatocarcinoma con embolismos vasculares intra y peritumorales. Ingreso en Sept 2011 para conversión de inmunosupresión a everolimus, que no se realiza por flujo disminuido de arteria hepática. Tratamiento habitual con: Advagraf 4 mg; Cellcept 1g; Septrim, forte; Insulina NPH, Spiriva, Symbicort, Pantoprazol 40, Ideos, AAS 100mg y Nitroglicerina 5 mg. Enf. Actual: Paciente ingresa en nuestro servicio para estudio de lesiones ocupantes de espacio hepáticas halladas de forma incidental al realizar ecografía doppler hepática de control. Asintomático, afebril, no ictericia. Analítica sin alteraciones relevantes. Leucocitos 4,300, Hb 10, Hto 33%, Plaquetas 152,000. Coagulación Normal. VSG 11mm, PCR 5. BQ: Normal. PCR CMV: Negativo. Estudio de hepatopatía negativo. Marcadores tumorales: CEA 2.7, CA 19.9 13, PSA 0.43, alfafeto-proteína 2.5. Serología de hidatidosis: Negativa. Eco-doppler: imágenes nodulares sugestivas de abscesos hepáticos. Se inicia antibioterapia empírica con Imipenem. Y se realizan: RNM hepática: Lesiones focales hepáticas múltiples distribuidas en segmentos 3,4b, 5, 6 y 7 en probable relación con áreas de colangitis con abscesos en evolución. TC de abdomen: lesiones ocupantes de espacio de distribución dispersa en ambos lóbulos, de entre 1 y 5,5 cm de diámetro, densidad heterogénea, bordes mal definidos, sólidos, compatibles con abscesos hepáticos en evolución. Se suspende el tratamiento antibiótico ante la incompatibilidad clínica, analítica y radiológica, se decide realización de biopsia hepática para diagnóstico histológico informada como, proliferación hepatocelular atípica, sugestiva de recidiva de Hepatocarcinoma.

DISCUSIÓN. En la actualidad la mayor parte del diagnóstico definitivo de LOEs hepáticas se realiza por pruebas de imagen (Ecografía, TC, RNM). Con orientación clínica cuidadosa y la utilización de la diferente capacidad de adquisición del contraste yodado es posible llegar al diagnóstico de la mayoría de las lesiones. La biopsia hepática juega hoy en día un papel secundario y se suele reservar para casos seleccionados. A pesar de ser una técnica invasiva, es una técnica segura con complicaciones 2-4% que requieran ingreso hospitalario. Sus resultados pueden proporcionar información valiosa y definitiva que no se obtiene con las pruebas de imagen. Es necesario tener en cuenta la necesidad de realización de biopsia hepática cuando no existe concordancia clínica y radiológica de las lesiones hepáticas, y de esta manera obtener un diagnóstico definitivo de las lesiones, pudiendo cambiar totalmente el diagnóstico histológico nuestra actitud terapéutica.

P-59

VASCULITIS SISTÉMICA POR VHC. EFICACIA DE LA TRIPLE TERAPIA.*Susana Santiago Llerena, Irene Moraleja,
Miguel Angel Miseses, Javier Crespo*

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER.

La vasculitis sistémica secundaria a una crioglobulinemia mixta es una de las manifestaciones extrahepáticas más graves de la infección por el VHC. Durante este último año 2012, se han publicado varias revisiones y alguna quía clínica que indican que el tratamiento antiviral basado en la combinación de interferón pegilado y ribavirina es el tratamiento de elección. En aquellos casos en los que este tratamiento fracasa o está contraindicado, el Rituximab ha demostrado un control excelente de las complicaciones asociadas a la vasculitis sistémica. La introducción de los agentes antivirales directos ha supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento de la hepatitis crónica por VHC, con tasas de respuesta virológica sostenida cercanas al 70% de los pacientes infectados por el genotipo I. Hasta el momento, no se ha comunicado la eficacia de la triple terapia antiviral en los pacientes con vasculitis sistémica.

OBJETIVO: evaluar la eficacia de la triple terapia en pacientes con vasculitis sistémica secundaria a la infección por el VHC.

MÉTODOS Y RESULTADOS. Se evaluaron dos pacientes (69 y 70 años de edad) diagnosticados de hepatitis crónica por VHC, genotipo Ib, avanzado estadio de fibrosis (F3 y F4), alta carga viral, a los que se diagnosticó durante los años anteriores de vasculitis sistémica por VHC con confirmación histológica (biopsia cutánea y de nervio sural) e inmunológica (criocrito superior al 3% de componente mixto, IgG e IgM, y consumo de complemento). En ambos casos, se decidió efectuar tratamiento antiviral basado en Interferón pegilado 2a y ribavirina. Durante el tratamiento, se produjo una notable remisión de las manifestaciones clínicas, práctica desaparición del criocrito y significativa mejoría de las lesiones cutáneas. Por desgracia, en ambos casos, no se consiguió la negativización de la viremia, suspendiendo por este motivo el tratamiento. Tras la suspensión, en el primer caso una polineuropatía múltiple hizo necesario el uso de un tratamiento a largo plazo Rituximab; en el segundo caso, recidivó la vasculitis cutánea pero no se indicó Rituximab. En mayo de este año, y dado que cumplen los requisitos del panel de expertos del Ministerio de Sanidad para iniciar tratamiento antiviral con triple terapia, se decidió iniciar triple terapia basada en telaprevir según el esquema clásico (12 semanas de triple terapia seguido de doble terapia). En ambos casos, se consiguió la negativización de la viremia en la semana 4, 8 y 12, la desaparición de las manifestaciones cutáneas y del criocrito y la normalización de los niveles de complemento. En este momento, un paciente ha finalizado el tratamiento (suspensión precoz de la doble terapia por efectos secundarios) manteniendo la respuesta y el otro sigue con carga viral negativa en tratamiento con doble terapia.

CONCLUSIONES. Esta es la primera vez que se demuestra la eficacia de la triple terapia en la vasculitis sistémica asociada a la infección por el VHC. Probablemente, en el futuro inmediato, las guías clínicas recomienden, como primera línea de tratamiento, la utilización de agentes antivirales directos frente al VHC.

P-60

UTILIDAD DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENTERITIS ACTÍNICA DE INTESTINO DELGADO.*María Alonso Lablanca, María Adán Alonso, Melvyn Peña Gómez,
Pilar Olivencia Palomar, Alicia Hernández Albújar, Eva de la Santa Belda, Bartolomé López Viedma, José Olmedo Camacho*

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN. La enteritis actínica es una patología actualmente poco frecuente en los pacientes sometidos a RT por neoplasias pélvicas, dada la reducción del campo tratado con las nuevas técnicas de radiación. Pese a esto, existe la posibilidad de que estos pacientes presenten enteritis actínica aguda o crónica, que se diagnostica por técnicas de imagen o endoscópicas. El intestino delgado se suele ver menos afectado, y sobre todo el RT pélvica.

CASO CLÍNICO. Mujer de 77 años, diabética en tratamiento con antidiabéticos orales, HTA, insuficiencia renal leve, diagnosticada por endoscopia de Adenocarcinoma de Recto T3N1M0, tras presentar clínica de anemia, tenesmo y rectorragia. Se realiza QT/RT neoadyuvante y resección anterior baja, con buena recuperación tras la intervención. Tras varios meses de la intervención presenta deposiciones diarreicas oscuras intermitentes y anemia crónica (Hb 7,6 mg/dL), por lo que se solicita estudio endoscópico. Previamente a realizarse endoscopia presenta hematoquezia y anemia severa, que requiere ingreso y transfusión de hemoderivados. En colonoscopia se observa zona de anastomosis a 18 cm del margen anal, con úlcera fibrinada, y en la gastroscopia no se observan lesiones hasta segunda porción duodenal. Se realiza Gammagrafía ósea, TGI, y TAC que son normales. Se realiza estudio mediante cápsula endoscópica, tras cápsula Patency, donde se observan múltiples lesiones ulceradas en intestino delgado no



accesibles a enteroscopia, sugestivas de enteritis actínica, sin sangrado agudo, pero que muy probablemente sean la causa de la anemia crónica.

CONCLUSIÓN. La enteritis actínica es una patología relativamente poco frecuente en pacientes tratados con RT. El tratamiento concomitante con QT, edad avanzada y patologías asociadas, aumentan la probabilidad de padecerla. Se presentan más frecuentemente en sigma y recto, y el diagnóstico suele ser por técnicas de imagen o endoscópicas, aunque rara vez por videocápsula endoscópica.

P-61**PANCREATITIS AGUDA GRAVE INDUCIDA POR CITRATO DE SILDENAFILO (VIAGRA)**

*María Alonso Lablanca, María Adán Alonso,
Melvyn Peña Gómez, Alicia Hernández Albújar,
Cristina Verdejo Gil, Rufo Lorente Poyatos,
Bartolomé López Viedma, José Olmedo Camacho*
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN. Las pancreatitis agudas relacionadas con tratamiento farmacológico representa el 2% de las etiologías de pancreatitis agudas. Más de 100 drogas se han asociado a casos de pancreatitis agudas, algunas de ellas de forma anecdótica. La pancreatitis inducida por medicamentos se define como aquella en la cual no se asocia otra causa, mejora tras la retirada del fármaco, y se reproduce al introducirlo nuevamente. Es más frecuente en varones mayores de 60 años.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 82 años dislipémico, fumador activo de 20 cig/día, ex bebedor ocasional, en seguimiento por cirugía Vasculor por aneurisma de Ao infrarrenal, que ingresa en varias ocasiones por cuadros de pancreatitis aguda, con perfil hepático y colestásico normales. En pruebas de imagen datos compatibles con pancreatitis aguda y colección en cola de páncreas, se estudian otras causas de pancreatitis siendo negativas. Tras recuperación se da de alta. El paciente reingresa en nuestro servicio por sobreinfección de colección en cola de páncreas, que precisa drenaje por el Servicio de Radiología Vasculor, dado que se desestima cirugía, y colocación de prótesis pancreática mediante CPRE, por fístula de colección con conducto pancreático principal. Tras recuperación de la fístula, el paciente presenta varios episodios de dolor abdominal e hiperamilasemia en relación con la ingesta de Sildenafil, manteniéndose asintomático con el cese de la medicación.

CONCLUSIÓN. La asociación de pancreatitis en el contexto de tratamiento agudo o crónico con Sildenafil está descrito en casos aislados, y suele verse en pacientes ancianos. En nuestro caso, tras descartar otros orígenes, se correlacionó el uso del sildenafil, dado que, a pesar de la indicación médica contraria a su uso, el paciente continuó con la utilización del fármaco, con reaparición de la clínica

P-62**OTRAS NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO**

*César Benito Fernández, J J Arenal Vera, M A Citores Pascual,
C Tinoco Pascual*

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA.

OBJETIVO. Evaluar la incidencia de otras neoplasias en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico (ACG). Material y Método. Se realiza un estudio retrospectivo de 1.187 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico, que representa el 95% del total de pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en nuestro Centro, durante el periodo 1987-2010. Se han evaluado los pacientes afectados de otras neoplasias malignas, tanto antes como después del diagnóstico de ACG.

RESULTADOS. Del total de pacientes estudiados, 88 (7.4%) casos presentaron otro tumor maligno extragástrico. La edad media fue de 70 años (rango: 23-101), predominando el sexo masculino (70%). Nueve pacientes presentaron antecedente de otro tumor

gástrico. De los 88 casos diagnosticados de otros tumores extragástricos, en 9 de ellos el hallazgo fue sincrónico del diagnóstico de ACG gástrico. Ocho pacientes presentaron dos segundas neoplasias y otros tres neoplasias múltiples. Los órganos afectados con mayor frecuencia fueron: próstata, 22 (25%), colon 14 (16%), pulmón 6 (7%), vejiga 6 (7%), mama 5 (6%), hematológicos 8 (9%), piel 4 (4%), laringe 4 (4%) y el resto, en otros diversos órganos.

CONCLUSIONES. La incidencia de otras neoplasias en pacientes afectados de ACG gástrico es del 7.4%. Los órganos más frecuentemente afectados son la próstata y el colon. Es preciso realizar el seguimiento de los pacientes con ACG prestando atención al diagnóstico y tratamiento precoz de otras neoplasias.

P-63**GANANCIA DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA-PHMETRÍA VERSUS PHMETRÍA CONVENCIONAL EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL TRATAMIENTO.**

*Casabona Francés S, Roales Gómez V, Mateos Muñoz B,
Serrano Falcón B, Pérez de la Serna Bueno JA,
Ruiz de León San Juan A.*

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

INTRODUCCIÓN. Para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) la pHmetría de 24 horas ha sido considerada el patrón oro. La introducción de la Impedancia Intraluminal Multicanal asociada a pHmetría (IIM-pH) aumenta la capacidad diagnóstica al identificar los episodios de reflujo ácido, débilmente ácido y no-ácido. Diferentes estudios señalan la ganancia diagnóstica de la IIM-pH sobre la pHmetría convencional. Sin embargo, no se han establecido claramente las ventajas de utilizar uno u otro método en función de las características del paciente estudiado, ni las posibles variaciones en los resultados de la pHmetría al modificar algunos aspectos de la técnica.

OBJETIVO. Determinar la ganancia diagnóstica de la IIM-pH sobre la pHmetría convencional en función de las características clínicas y del tratamiento/No tratamiento con IBPs.

MATERIAL Y MÉTODO. Se revisaron los estudios realizados de forma simultánea de IIM-pH y pHmetría convencional entre enero-2009 y septiembre-2012 para valoración de ERGE por síntomas atípicos, respuesta incompleta a tratamiento o control del mismo con diferentes IBPs. Para la pHmetría convencional se empleó un registrador de pH ambulatorio Digitrapper Delta (Medtronic) con dos sensores: proximal a 5cm por encima del borde superior del esfínter esofágico inferior (EEL) determinado previamente por manometría y distal 15 cm por debajo, en fundus. Para la IIM-pH se utilizó un Digitrapper H-Z (Given-Sierra) con 1 canal de pH a 5 cm, y 8 de impedancia con los sensores a 3, 5, 7, 9, 11, 15, 17 y 19 cm del borde superior de EEL, respectivamente. Los registros fueron analizados con software PolygramNet (Medtronic) y AccuView (Given-Sierra), respectivamente. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADOS. Se analizaron 83 pacientes (53 M, edad media 45 años (77-15)). Se excluyeron 15 registros por deficiente calidad. En 36 estudios los pacientes se encontraban en tratamiento con IBPs (13 una dosis, 22 doble o triple dosis). 21 pacientes fueron remitidos por persistencia de síntomas a pesar de tratamiento y 56 para estudio de síntomas atípicos. Se identificó reflujo patológico en 52 (62,6%). La pHmetría identificó 33 pacientes con reflujo patológico y la IIM-pH 34 con reflujo ácido y 18 no-ácido. La IIM-pH diag-

nosticó 22 pacientes (42,3%) con reflujo patológico en el grupo con tratamiento y 30 (57,6%) en el grupo sin tratamiento. De los 22 pacientes con tratamiento 11 presentaron reflujo ácido y 11 no-ácido. En el grupo sin tratamiento se identificó reflujo ácido patológico en 23 y no-ácido en 7 (2 de ellos con gastrectomía, 1 cirugía bariátrica y 2 presentaban estudios sugerentes de hiposecreción ácida).

CONCLUSIONES. Se apreciaron ligeras diferencias en los valores obtenidos por una y otra pHmetría. Las diferencias entre ambas técnicas son mínimas en los pacientes sin tratamiento quedando limitadas a pacientes con hiposecreción ácida y/o cirugía gástrica previa.

score de DeMeester, la mediana de los pacientes con una dosis de esomeprazol fue de 8 y en los sujetos con doble dosis 4,9.

CONCLUSIONES. El tratamiento con IBPs en nuestros pacientes con EB resulta eficaz y similar a lo comunicado en la literatura. Se aprecia un incremento de la eficacia antisecretora directamente relacionada con el número de dosis. La monitorización del tratamiento con IBPs proporciona un adecuado conocimiento del nivel de normalización de la exposición ácida del esófago distal que permite la corrección de la dosis en caso necesario

P-64**NORMALIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN ÁCIDA EN PACIENTES CON E DE BARRETT EN TRATAMIENTO.**

Mateos Muñoz B, Serrano Falcón B, Casabona Francés S, Roales Gómez V, Esteban López-Jamar, JM, Sevilla Mantilla C, Sánchez Pernaute A (), Pérez de la Serna Bueno JA, Ruiz de León San Juan A.*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO Y CIRUGÍA (*).
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

El tratamiento médico del esófago de Barrett consiste fundamentalmente en el control de la secreción ácida mediante los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBPs). El hecho de que la mayoría de los pacientes con EB en tratamiento con IBPs se encuentren asintomáticos no significa que exista un control adecuado del reflujo gastroesofágico y se recomienda el control mediante pHmetría de 24 h fundamentalmente en aquellos pacientes que han sido sometidos, o van a serlo, a terapias de erradicación endoscópica.

OBJETIVO. Valorar la eficacia del tratamiento antisecretor en un grupo de pacientes diagnosticados de EB con diferentes dosis de IBPs.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se valoran los resultados de la pHmetría esófago-gástrica de los pacientes en seguimiento en nuestra Unidad de Esófago de Barrett desde octubre 2007 a junio 2012 y se compara la eficacia de las diferentes dosis empleadas.

RESULTADOS. Se estudiaron los registros de 60 pacientes (19 mujeres) en tratamiento con diferentes dosis de IBPs. Se desestimaron 5 pacientes por estudios no válidos (desplazamiento del electrodo, toma incorrecta del IBP), por lo que se analizaron el resto de los 55 estudios (17 mujeres) con una edad media de 55 años (rango 28-89): 15 pacientes con una dosis única en la mañana, 38 pacientes con doble dosis y 2 con triple. El porcentaje de tiempo de exposición ácida del esófago distal (TEA) se normalizó ($\text{pH} < 4 < 1.6\%$) en 13 de los enfermos con una dosis diaria (86.6%), en 34 de los que recibían doble terapia (89.5 %) y los dos casos en tratamiento con triple dosis. En conjunto, la mediana del TEA de la población a la que se administró una única toma de IBP fue del 1%, frente al 0,9% en los sujetos con doble dosis, sin que existieran diferencias significativas entre ellos ($p > 0,05$). Respecto al score de DeMeester, la mediana en el primer grupo fue de 6,4 que, en comparación con el segundo (5,66), tampoco mostró diferencias significativas ($p > 0,05$). La mayoría de los pacientes recibían esomeprazol 40 mg: 12 pacientes 1 al día con normalización del TEA en el 91.7%, 31 pacientes 2 dosis con normalización del TEA en 87.1%, con diferencias no significativas ($p > 0,05$). Las medianas del TEA para estos grupos fueron del 1% y 0,8%, respectivamente. Para el