



Comunicaciones Orales

18-19 DE OCTUBRE DE 2013

MESA TUBO DIGESTIVO/

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

CO-01

UTILIDAD DEL ÍNDICE ELSA (EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS LIVE SYMPTOMS ASSESSMENT) EN LA SOSPECHA CLÍNICA DE LA EOSINOFÍLIA ESOFÁGICA RESPONDEDORA A IBPS (EE-RIBPS).

Joaquín Rodríguez Sánchez⁽¹⁾, Bartolomé López Viedma⁽²⁾, Eva de la Santa Belda⁽²⁾, Elisa Gómez Torrijos⁽²⁾, Francisco Feo Brito⁽²⁾, José Olmedo Camacho⁽²⁾, Pedro Reales Figueroa⁽¹⁾

⁽¹⁾ HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA DE VALDEPEÑAS.

⁽²⁾ HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN. Índice ELSA (IE) es un nuevo sistema de evaluación de síntomas en adultos con EoE, que permite cuantificar la afectación clínica de los pacientes y compararla con otros trastornos que a priori pueden cursar de forma similar como la ERGE.

OBJETIVO. Analizar la puntuación obtenida en IE por una muestra de adultos con EE-RIBPs y comparar sus resultados con los obtenidos por 3 poblaciones diferentes: controles sanos, pacientes con EoE y pacientes con ERGE.

MÉTODOS. Estudio prospectivo observacional sobre 4 subpoblaciones diferentes: EE-RIBPs, EoE con actividad histológica (>15 eo/cga), controles sanos y ERGE con lesiones endoscópicas. IE presenta un rango de (0-70 puntos) siendo la suma de 7 ítems puntuados por el paciente (del 0 al 10) en función de la severidad: (A) dificultad para deglutir, (B) dolor torácico con la deglución, (C) Nudo en el cuello/pecho, (D) Regurgitaciones, (E) Sensación de pirois, (F) epigatralgia, (G) Impactaciones con sólido.

RESULTADOS. 74 pacientes: 10 EE-RIBPs, 28 EoE, 21 controles, 15 ERGE. Se compararon los grupos EE-RIBPs vs. EoE y no hubo diferencias en ninguno de los ítems ni en la puntuación global de IE (30,39 vs. 25,40; p=0,16). Los ítems D (regurgitaciones), E (pirois), F (epigatralgia) obtuvieron una puntuación superior en el grupo ERGE vs. EE-RIBPs [(D) 3,4 vs. 2; p=0,31, (E) 6,60 vs. 2,40; p=0,016, (F) 3,20 vs. 2,60; p=0,61]. Mientras que A (disfagia), B (dolor torácico), C (nudo), G (impactaciones) obtuvieron una puntuación significativamente superior en EE-RIBPs vs. ERGE [(A) 5,5 vs. 1,4; p=0,001, (B) 2,1 vs. 0,67; p=0,02, (C) 4,90 vs. 1,60; p=0,003]. No se encontraron diferencias entre los grupos EE-RIBPs y controles en la puntuación de los ítems D (regurgitaciones), E (pirois), F (epigatralgia), mientras que el resto de ítems fueron puntuados significativamente superior en el grupo EE-RIBPs.

CONCLUSIÓN. La EE-RIBPs es una entidad clínicamente indistinguible de la EoE y diferente a la ERGE. De hecho los síntomas típicos de reflujo se manifiestan de forma similar que en pacientes sanos. Por tanto, y a pesar de ser una entidad que responde a IBPs no parece relacionarse únicamente con el reflujo.

CO-02

ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL: HALLAZGOS CLÍNICOS Y MANOMÉTRICOS

Verónica Martín D⁽¹⁾, Vanesa Jusué Irurita⁽¹⁾, María Caldas⁽¹⁾, Almudena Marinero⁽¹⁾, Cecilio Santander⁽²⁾

⁽¹⁾ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

⁽²⁾ UNIDAD DE MOTILIDAD DIGESTIVA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (HULP), MADRID, ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN.

El esófago hipercontráctil (EH) es una patología extremadamente rara, definida por manometría esofágica como al menos 1 contracción con integral contráctil distal (DCI) > 8.000 mmHg (Clasificación de Chicago). El EH es un trastorno de hipercontractilidad primario del músculo esofágico, que puede estar asociado a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) u obstrucción al flujo de la unión esófago-gástrica (UEG). El objetivo de nuestro estudio fue valorar el contexto clínico y variables manométricas de los pacientes con diagnóstico de EH utilizando manometría de alta resolución (MAR).

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se revisaron 720 estudios de MAR realizadas desde junio 2011 hasta junio 2013, encontrándose 7 pacientes, 100% mujeres, con criterios de EH según Clasificación de Chicago (2011).

RESULTADOS.

Los síntomas principales fueron dolor torácico, disfagia y pirois. En 85,7% no hubo causa aparente subyacente del EH. El 43% tuvo más de una deglución hipercontráctil. El 57,1% presentó más de una contracción hipercontráctil, correlacionándose el número de contracciones con el DCI >8000 mmHg.s.cm. Cuatro pacientes (57,1%) tenían patrón múltiplo (esófago de Jackhammer) y en dos de ellos las contracciones estuvieron sincronizadas con la respiración. El patrón no múltiplo se asoció con obstrucción a flujo de la UEG en un paciente y el IRP no fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con contracciones no múltiplo, ni en las contracciones hipercontráctiles en comparación con las contracciones normales. En 1 de 6 pacientes a quien se le realizó pHmetría de 24 horas, resultó patológica.

CONCLUSIONES.

El EH tiene gran dificultad diagnóstica ya que cursa con síntomas inespecíficos. La MAR es indispensable para su diagnóstico y caracterización. El tratamiento del EH debe estar orientado a resolver o mejorar la sintomatología del paciente y no sólo la causa del trastorno.

CO-03**PRESIÓN INTRAGÁSTRICA EN OBESOS Y TRAS CIRUGÍA POR OBESIDAD MÓRBIDA (RESULTADOS PRELIMINARES)**

Antonio Ruiz de León San Juan, Karen Aguirre Roldán, Julio Pérez de la Serna y Bueno, Concepción Sevilla Mantilla, Sergio Casabona Francés, Blanca Serrano Falcón, Begoña Mateos Muñoz, Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Diferentes estudios indican que la presión intragástrica (PIG) está aumentada en pacientes obesos lo que implica mayor riesgo para la ERGE; sin embargo, la información sobre la PIG y su evolución tras cirugía bariátrica es limitada.

OBJETIVO. - Determinar la PIG en pacientes con obesidad mórbida y con cirugía bariátrica en relación con el IMC y con un grupo control.

- Relacionar la PIG con las presiones del esfínter esofágico inferior (EEI) y del cuerpo esofágico.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se estudian 30 pacientes: 15 con obesidad mórbida (10 M) media de edad 47 años, rango 21-64, IMC medio: 41,8±5,8, y 15 (13 M) con cirugía bariátrica (media de edad: 42 años, rango 20-62, IMC medio: 33 ±7,2, y 10 sujetos control (8 M) (media de edad 46 años, rango 20-70, IMC: 22,34.

En todos se determinó la presión en esófago, EEI y estómago en relación con la atmosférica mediante manometría de alta resolución (MAR) (Manoscan (Given/Sierra Scientific). Los datos se analizaron con el programa Manoview V.3 (Given/Sierra Scientific) utilizando el "Smart mouse" y el programa estadístico SPSS V.17.

RESULTADOS. Las PIG fueron: controles 8,8±3,7 mmHg, obesos 11,6±3,5 mmHg, y operados 11,6±4,25 mmHg (p>0,06 obesos/controles). Las presiones medias del EEI fueron: controles 21,8±3,85 mmHg, obesos 23,8±11,4 mmHg, y operados 18,4±6,7 mmHg.

CONCLUSIONES. La PIG está más elevada en los pacientes obesos y operados que en los controles con valores casi significativos. No se apreció diferencia en la PIG entre obesos y operados.

La presión del EEI en relación con la gástrica varía sobre todo en el grupo de operados, lo que obliga a cuestionar el valor de la PIG como referencia en estudios de manometría.

Estudios más amplios deben confirmar nuestros hallazgos ya que pueden tener repercusiones fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas.

CO-04**EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CRIBADO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE LOS PACIENTES CELÍACOS.**

Luis Manuel Vaquero Ayala, Begoña Álvarez Cuenllas, Marta Aparicio Cabezudo, Laura Rodríguez Martín, Alejandro Nuñez, Diana Joao, Nereida Fernández, Mercedes Hernando, Santiago Vivas Alegre, Jose Luis Olcoz Goñi

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Los familiares de primer grado de celíacos constituyen el principal grupo de riesgo de esta patología. La serología, como procedimiento de cribado, puede tener un bajo rendimiento para descartar enteropatía.

OBJETIVO. Evaluar el rendimiento de la biopsia duodenal en los familiares adultos con genética de riesgo para la EC pero con serología negativa. Determinar el papel del Helicobacter pylori (HP) en las lesiones histológicas.

METODOLOGÍA. Desde Enero 2010 hasta Agosto 2012 fueron seleccionados los familiares adultos celíacos. Fueron incluidos sujetos HLA DQ2/8 positivos. Analizamos la sintomatología, enfermedades autoinmunes, riesgo genético, el HP y la biopsia duodenal.

RESULTADOS. Se seleccionaron un total de 97 familiares (edad media 41,7 años, rango 18-68), el 53% mujeres. Eran homocigotos para el HLA DQ2/8 el 22,6%, el resto eran heterocigotos. Presentaban clínica asociada 59/97, principalmente diarrea (18,6%), estreñimiento (14,4%) y distensión abdominal (14,4%). Tenían alguna enfermedad autoinmune el 23% y presentaban HP en la biopsia gástrica 53/97. A pesar de que todos tenían anticuerpos antitransglutaminasa negativos, en la biopsia duodenal presentaron alteraciones histológicas 35/97 (36%): 30 Marsh I 5 Marsh IIIa. Los familiares homocigotos para el alelo de riesgo del HLA tenían un mayor porcentaje de alteraciones histológicas que los heterocigotos (47,6% vs 32,9%; p=0,113). Los sujetos con enteritis linfocítica presentaron una mayor frecuencia de HP que en ausencia de lesiones microscópica (72,4% vs 50,8%; p=0,04). No observamos asociación entre la presencia de síntomas o enfermedad autoinmune y la presencia de lesión duodenal o una genética de riesgo para la EC.

CONCLUSIONES. Existe un alto porcentaje de familiares con haplotipo HLA de riesgo con atrofia intestinal y linfocitosis duodenal no detectado mediante procedimientos serológicos. En la Enteritis linfocítica hay una asociación con HP que podría ser independiente con la sensibilidad al gluten.

CO-05**CAPACIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

V. Jusué, M. Chaparro, J.P. Gisbert

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

INTRODUCCIÓN. La calprotectina fecal (CF) es un marcador de la inflamación utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

OBJETIVOS. Evaluar la capacidad de la CF para el diagnóstico de lesiones endoscópicas en pacientes con EII.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con EII con indicación de una exploración endoscópica. La medición de la CF se realizó mediante dos kits de determinación rápida (de bajo y alto rango). Se calculó la actividad endoscópica mediante el subíndice endoscópico de Mayo para la colitis ulcerosa (CU) y el de SES-CD para la enfermedad de Crohn (EC). Los pacientes con EC con afectación ileal en los que no se realizó ileoscopia fueron excluidos.

RESULTADOS. Se han incluido hasta el momento 20 pacientes. La concentración de CF fue más alta en los pacientes con CU con lesiones endoscópicas que en aquellos que no las presentaban, tanto en la medición de bajo rango (275 ± 57 vs. 53 ± 52 µg/g, p<0,05), como en la de alto (812 ± 148 vs. 135 ± 97 µg/g, p<0,05).

No se observaron diferencias en EC. Los mejores puntos de corte para la detección de actividad endoscópica en los pacientes con CU fueron de 166 y de 503 $\mu\text{g/g}$ para la calprotectina de bajo y alto rango respectivamente, con una sensibilidad y especificidad del 100%.

CONCLUSIONES. La CF presenta buena exactitud diagnóstica para la detección de lesiones endoscópicas en pacientes con CU. No obstante, su exactitud diagnóstica es baja en la EC.

CO-06

COLITIS MICROSCÓPICA, ANÁLISIS DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD.

Nereida Fernández

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La Colitis Microscópica (CM) es una enfermedad que cursa con diarrea crónica acuosa cuya incidencia parece haber aumentado en los últimos años.

OBJETIVOS. Evaluar las formas de presentación, características y factores asociados a las diferentes formas histológicas de CM.

PACIENTES Y MÉTODO. Entre Junio del 2003 y Diciembre del 2012 se seleccionaron los pacientes diagnosticados de CM en nuestro hospital. Se evaluaron variables epidemiológicas, tipo de CM y lugar del colon biopsiado; número y características de las deposiciones, factores de riesgo asociados y tratamiento utilizado.

RESULTADOS. Se recogieron datos de 211 pacientes (edad media 68.52 ± 15 años), el 64,9% eran mujeres. Presentaron CL el 53%, CC 23% y CI el 23%. El 18% eran fumadores. El dolor abdominal fue descrito en 76/211(36%) y en el 40% pérdida de peso. El 38% de los pacientes utilizaba diariamente algún tipo de IBP, el 27% ISRS y el 19,4% AINES. En 9,47% se asoció alguna enfermedad autoinmune, principalmente patología tiroidea (4,74%) y artritis reumatoide (3,8%). La CM se diagnosticó tras biopsia de todo el colon (72,5%), colon derecho y transversal (11,3%), colon izquierdo (1,4%) y rectosigma (5,2%). Fueron tratados el 56,4% de los sujetos (119/211), con antidiarreicos (19%), mesalazina (33%), budesonida (22%), azatioprina (0,9%) y otros fármacos (12%)

Se observó relación entre CM y consumo de ISRS ($p=0.027$). El número de deposiciones/día fue superior en los individuos con CC (6 deposiciones/día), que en CL y CI ($p<0.05$). Los sujetos con CC recibieron tratamiento más frecuentemente y precisaron mayor número de fármacos para el control de la enfermedad ($p<0.05$).

CONCLUSIÓN. En nuestro medio el tipo de CM más frecuente es la CL. Sin embargo, la CC es la forma con mayor expresividad clínica y que más tratamiento ha precisado.

COMUNICACIONES ORALES:

MESA ENDOSCOPIA/HEPATOLOGÍA

CO-07

FACTORES PREDICTORES DE DISPLASIA DE ALTO GRADO (DAG) Y ADENOCARCINOMA (AC) EN LESIONES COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO.

Joaquín Rodríguez Sánchez, Francisco Luna Hita, Carmen Naveas Polo, Teresa Martínez Torres, Trinidad Luque Núñez, Pedro Reales Figueroa

HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA DE VALDEPEÑAS. CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN. La resección endoscópica mucosa (REM) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para lesiones colorrectales $\geq 2\text{cm}$. La detección de DAG o AC es de vital importancia ya que puede modificar la actitud terapéutica y los intervalos de seguimiento. Predictores de DAG o AC han sido de escasamente evaluados.

OBJETIVOS. Analizar posibles factores predictores de DAG y AC en los especímenes de REM.

Métodos.

Análisis prospectivo y observacional de 31 REMs de lesiones $\geq 2\text{cm}$ mediante técnica de lift-cut en el periodo de un año (junio 2012-junio 2013). Previo a la resección se realizó cromoendoscopia con indigocarmín al 0,5% y alta definición (CF-H180AL, procesador Exera II, Olympus). Como posibles factores se analizaron: edad, sexo, localización, consumo de AINES, tamaño, Kudo's pit pattern, Non lifting sign, confluencia de pliegues). Para ello se construyó un modelo de regresión logística binaria, expresando los resultados mediante OR con IC al 95%.

RESULTADOS. 31 REMs (54,8% mujeres; 66,16 años de edad). La edad media, el género, porcentaje de lesiones en colon derecho, Historia de consumo de AINES fue similar en ambos grupos (DAG/AC y No DAG/AC). Tamaño fue mayor en grupo DAG/AC (45,33mm vs. 26,56mm; $p=0,006$), así como el porcentaje de Kudo IV o superior (100% vs. 31,33%; $p<0,001$), % confluencia de pliegues (26,7% vs. 0%; $p=0,02$). Sin embargo, el % de "Non Lifting sign" no alcanzó la significación estadística (20% vs. 0%; $p=0,06$). En el análisis multivariante, el tamaño fue el único factor predictor de DAG/AC estadísticamente significativo [OR=1,19; $p=0,015$. IC95% (1,03-1,38)].

CONCLUSIONES. La probabilidad de encontrar DAG/AC en lesiones colónicas se incrementa de forma significativa con el tamaño. En nuestra serie, los hallazgos de la cromoendoscopia no se comportan como un factor independiente de DAG/AC probablemente por la escasa potencia estadística del estudio.

CO-08

COLANGIOSCOPIA DIRECTA CON ENDOSCOPIOS ULTAFINOS (CDEU): MÁS SIMPLE, MÁS BARATO, MÁS EFICAZ.

Sarbelio Rodríguez Muñoz, Fernando Sánchez Gómez, Andrés del Pozo García, José Carlos Marín Gabriel, Mercedes Pérez Carreras, Gregorio Castellano Tortjada

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El acceso directo a la vía biliar con endoscopios ultrafinos puede resultar complicado con unas tasas variables de éxito (50-95%).

OBJETIVO. Verificar la eficacia y rentabilidad del método de "manos-libres" sin fijación, en la canulación del colédoco con endoscopios ultrafinos.

MATERIAL Y MÉTODO. Se practicó CDEU en 28 pacientes con vía biliar dilatada portadores de una esfinterotomía endoscópica, en los que existía duda de la presencia de cálculos residuales, o en los que no habíamos conseguido la extracción completa del material incluido en el interior de la vía biliar (cálculos o stents).

Utilizamos la técnica de "manos libre" sin ningún sistema de anclaje a la vía biliar intrahepática, empleando un endoscopio ultrafino de 5.9mm de diámetro, 4 angulaciones y 2.0mm de canal de trabajo.

RESULTADOS. La colangioscopia directa fue posible en los 28 pacientes (100%), con inserción hasta los hepáticos en 11 pacientes, hasta el cístico en 13, sólo al colédoco distal en 4. En 5 enfermos (17.9%) fue necesaria una esfinteroplastia con balón. El tiempo medio de introducción en la vía biliar fue de 10,32±8.3 minutos, con tiempo total de 21.07±8.7 minutos de exploración.

En los 28 pacientes la exploración fue diagnóstica y en 12 (42,9%) terapéutica.

En un paciente apareció colangitis después de la exploración, resuelta con antibióticos.

CONCLUSIONES. La técnica de manos libres sin anclaje es eficaz, segura y reproducible para el acceso a la vía biliar con endoscopios ultrafinos, aunque es necesario un calibre mínimo de 6.0mm en la papila.

Una vez en el interior de la vía biliar la calidad de imagen de los instrumentos y la versatilidad de estos endoscopios permite una revisión de la vía biliar extrahepática en su totalidad en un 85% de los pacientes con toma de biopsias dirigidas, canulación selectiva y extracción de cálculos y stents retenidos.

CO-09

IMPACTO DE LAS MEDIDAS IMPLANTADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA LISTA DE ESPERA ENDOSCÓPICA.

C. Padilla Suárez, K. Klímová, B. Merino Rodríguez, O. Nogales Rincón, J. García Lledó, C. González Azanza, C. de Gracia Fernández, P. Menchén Fernández-Pacheco
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El tiempo de espera para la realización de una exploración es un criterio de calidad y varía importantemente en función de muchos factores. Nuestra unidad es uno de los modelos indicadores auditados en la certificación ISO.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisamos el tiempo medio en lista de espera para la realización de panendoscopia oral (PEO) y colonoscopia comparando las variaciones en la misma a raíz de los cambios administrativos ocurridos entre Octubre 2012 y Septiembre 2013.

RESULTADOS. Entre enero y agosto de 2012 se realizaron 11148 exploraciones en nuestro centro; el tiempo de espera para la realización de PEO era de 8 días, para colonoscopia de 10 días, ambas con sedación. En Noviembre 2012 se suspendió provisionalmente la jornada de tarde, siendo definitivo en enero de 2013; a partir de entonces, el tiempo de espera para PEO subió a 9 meses y para colonoscopia a 12 meses. Como medida paliativa se inició la externalización de pacientes en una cifra cercana a 1000 procedimientos, con las consecuentes incidencias: en la recepción de informes, preparación para colonoscopias, tasa de polipectomías y otros criterios de calidad.

El 1 de Abril de 2013 se habilitaron dos contratos a jornada parcial del 75% para la realización de PEO y colonoscopias en el turno de la tarde, con ello se ha visto una reducción en el tiempo medio de espera para la realización de pruebas con sedación (PEO 50 días y colonoscopia 90 días). En resumen, se entre enero y agosto 2013 se realizaron 9294 exploraciones, 4128 PEO y 3911 colonoscopias, lo que supone una reducción del 16.3%.

CONCLUSIONES. La reducción de jornadas de la sección de endoscopias produjo un aumento significativo del tiempo en lista de espera. Esta situación se ve atenuada con la contratación de personal a tiempo parcial en jornada de tarde.

CO-10

LA ACUMULACION DE ÁCIDOS BILIARES DURANTE LA COLESTASIS INDUCE APOPTOSIS HEPATOCELULAR DEPENDIENTE DE LA INTEGRIDAD DEL GENOMA MITOCONDRIAL

Felipe Jiménez^{1,2,3}, Francisco González-SanMartín^{1,2,3}, Ester González-Sánchez¹, José J.G. Marín^{1,3}, María J. Pérez^{1,2,3}

⁽¹⁾ LABORATORIO DE HEPATOLOGÍA EXPERIMENTAL Y VECTORIZACIÓN DE FÁRMACOS (HEVEFARM), IBSAL, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, ⁽³⁾ CIBERHD.

INTRODUCCION. En colestasis, la acumulación de ácidos biliares (AB), puede provocar la muerte celular por apoptosis o/ y necrosis. Cuando la exposición es paulatina y prolongada puede desarrollarse cierta quimiorresistencia, a través de mecanismos de adaptación de la función mitocondrial en respuesta al estrés oxidativo de la hipercolanemia mantenida.

OBJETIVO. Determinar el papel del genoma mitocondrial en la respuesta adaptativa al daño hepatocelular inducido por la acumulación AB

MÉTODOS. Mediante dosis bajas de bromuro de etidio se obtuvo una sublínea celular de hepatoma humano SK-Hep-1 (Rho) completamente desprovista de ADN mitocondrial (ADNmt). Se cultivaron en presencia de a.desoxicólico y a.glicocuenodesoxicólico. Los niveles de expresión mediante RT-QPCR y Western-blot. La generación de especies reactivas de oxígeno (ROS) por citometría de flujo.

RESULTADOS. Comparativamente las células silvestres con las Células-Rho presentaban una alta resistencia frente a apoptosis y una resistencia parcial frente a necrosis inducida por AB. Los niveles basales de ROS (peróxido de hidrógeno y anión superóxido), y los inducidos por AB se encontraban disminuidos en las Células-Rho, así como las señales proapoptóticas inducidas por AB. Reducción en las relaciones de expresión de Bax- α /Bcl-2, Bcl-xS/Bcl-2 y Bcl-xS/Bcl-xL debida principalmente a una menor expresión de Bax- α y Bcl-xS. En condiciones basales, la ruta de supervivencia Akt/mTOR se encontró activada de forma constitutiva en las Células-Rho de forma independiente de las ROS, y permaneció activada de forma similar en presencia de AB. En Células-Rho el nivel de activación de la ruta ERK1/2 estaba constitutivamente reducido y no se activó en respuesta al tratamiento con AB.

CONCLUSIÓN. Las alteraciones de la función mitocondrial asociadas a modificaciones en la integridad del ADNmt, que se producen en las células hepáticas en situaciones de colestasis prolongada, activan distintos mecanismos de supervivencia celular involucrados en una mayor resistencia de los hepatocitos frente a la apoptosis inducida por la acumulación de los AB.

CO-11

ANÁLISIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA BASADA EN TELAPREVIR EN PACIENTES CON HEPATOPATIA CRÓNICA VIRUS C.

Lorena Hidalgo Aguirre, Juan José Sánchez Ruano, Tomás Artaza Varasa, Carlos Andrés Vargas González, Patricia Rivas Maldonado, Diego Muñoz López, Lucía Ruano Diaz, Junior-Alexander Jordán Castro, Rafael Ángel Gómez Rodríguez

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

INTRODUCCION. Recientemente ha sido aprobada la asociación de telaprevir (TPV) con interferón-pegilado (PEG-IFN) y ribavirina (RBV) en el tratamiento de los pacientes con hepatopatía crónica virus C (HC HVC) genotipo 1.

Nuestro objetivo fue determinar la eficacia y seguridad de esta terapia en los pacientes tratados en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Desde Enero-2012 hasta Junio-2013, 63 pacientes con HC HVC genotipo 1 iniciaron tratamiento con TPV, PEG-IFN y RBV. Analizamos sus datos basales, así como los de eficacia y seguridad de dicho tratamiento, utilizando una técnica con nivel de detección <15 UI/ml para determinar la carga viral.

RESULTADOS. Los 63 pacientes incluidos (37 hombres y 26 mujeres) con una edad media de $54,59 \pm 7,21$, pertenecían en su mayoría al genotipo 1b (51), eran heterocigotos CT del gen de la IL28B (46) y presentaban fibrosis avanzada (46). De ellos, 24 eran naives. En semana 4, presentaban respuesta viral rápida el 85,71%. El 96,15% de los que alcanzaron la semana 12, presentaban carga viral indetectable, así como el 92,5% de los que alcanzaron la semana 24. Todos los pacientes que alcanzaron el final del tratamiento (25) lo hicieron con carga viral indetectable y 8 de los 9 que ya han cumplido las 24 semanas post-tratamiento presentan respuesta viral sostenida.

La anemia fue el efecto adverso más frecuente que obligó a la disminución de la dosis de RBV en 18 pacientes, a la utilización de EPO en 22 pacientes y a la transfusión sanguínea en 12 casos. El rash apareció en 14 pacientes. En 8 pacientes hubo que suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES. La triple terapia con TPV, PEG-IFN y RBV consigue unos resultados preliminares excelentes en pacientes con HC HVC genotipo 1. La anemia y el rash son los efectos adversos más frecuentes pero rara vez provocan la suspensión del tratamiento.

CO-12

LA HISTORIA NATURAL DE LA CIRROSIS POR VIRUS C. UN ANÁLISIS DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PRESENCIA DE RIESGOS COMPETITIVOS

Eduardo Vilar Gómez, Luis Calzadilla Bertot, Ana Luisa Torres Martínez, Ali Yasells García, Yadina Martínez Pérez

INSTITUTO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA. DEPARTAMENTO DE HEPATOLOGÍA. LA HABANA. CUBA.

INTRODUCCIÓN. La historia natural de la cirrosis por el virus de la hepatitis C (VHC) ha sido poco investigado en los países latinoamericanos. Nuestro estudio tuvo como objetivo evaluar la incidencia acumulada (IA) de los eventos clínicos que marcan la progresión de la enfermedad hacia estadios clínicos más avanzados.

MATERIAL Y MÉTODOS. Seiscientos sesenta pacientes con cirrosis por VHC fueron incluidos en el estudio; de ellos, 402 fueron clasificados como compensados (294 con ausencia de varices y 108 con presencia de varices) y 258 como descompensados (ascitis [144 pacientes]; sangrado variceal solo [45 individuos] y combinado con ascitis [17 sujetos] y encefalopatía hepática sola o combinada con el sangrado y/o ascitis [52 pacientes]). Los sujetos fueron seguidos durante 6 años para identificar la presencia de un primer evento clínico que marcó la progresión de la enfermedad desde el estadio clínico evaluado hacia un estadio superior. La presencia de eventos como muerte no relacionada a complicaciones de la cirrosis y el hepatocarcinoma fueron considerados como riesgos competitivos.

RESULTADOS. Entre pacientes compensados sin varices, la IA para el desarrollo de varices, ascitis y encefalopatía fue del 37,4%, 13,6% y 3,5%, respectivamente. La IA para la ocurrencia de ascitis, hemorragia variceal y encefalopatía fue del 24%, 12,5% y 9,9% para los sujetos compensados con varices, respectivamente. Entre pacientes con ascitis, la IA de sangrado variceal, muertes relacionadas a descompensación hepática y/o trasplante y encefalopatía fue del 23,5%, 27,8% y 47,3%, respectivamente. La IA de ascitis, muertes relacionadas a descompensación hepática y/o trasplante y encefalopatía fue del 22,5%, 14,7% y 5,7% en pacientes con hemorragia variceal; sin embargo, la probabilidad acumulada de muerte secundaria a descompensaciones hepáticas fue significativamente mayor en aquellos pacientes con ascitis y sangrado digestivo (77,6%). Los pacientes con encefalopatía sola o combinada con ascitis y/o sangrado mostraron las mayores tasas de muertes (1 año, 55,2%; 3 años, 79,9%, y 6 años, 90%).

CONCLUSIONES. La presencia de varices en pacientes con cirrosis hepática compensada sugiere un curso más acelerado de la enfermedad. Los pacientes cirróticos descompensados muestran el curso clínico más grave, particularmente para aquellos que presentan una combinación de dos o más eventos clínicos de descompensación.

MESA DE POSTER

CON PRESENTACIÓN ORAL

CP-01

MARCADORES DE ACTIVIDAD EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. ¿ES ESTO POSIBLE?

Joaquín Rodríguez Sánchez⁽¹⁾, Eva de la Santa Belda⁽²⁾, Bartolomé López Viedma⁽²⁾, Elisa Gómez Torrijos⁽²⁾, Francisco Feo Brito⁽²⁾, José Olmedo Camacho⁽²⁾, Pedro Reales Figueroa⁽²⁾

⁽¹⁾HOSPITAL GUTIÉRREZ ORTEGA DE VALDEPEÑAS.

⁽²⁾HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

OBJETIVO. Actualmente el único marcador de actividad en las Esofagitis Eosinofílica (EoE) es el número de eosinófilos/cga en las biopsias de esófago. Así pues, parece obvia la necesidad de encontrar marcadores serológicos accesibles en la práctica clínica que eviten la realización de endoscopias repetidas a los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: treinta pacientes fueron incluidos de forma prospectiva, todos ellos fueron tratados con dietas [dieta de exclusión de 6 alimentos y dieta dirigida en base a los test de alergia (Skin prick test e IgE específica)]. Las variables analizadas fueron parámetros demográficos, valor sérico de PCE (mcg/ml), IgE total (Ku/L), Recuento sérico de eosinófilos (RSE) (u/ml), así como el pico máximo de eosinófilos/cga en las biopsias de esófago. Se analizó la variación encontrada en estos valores de acuerdo con la respuesta a las dietas (22 respondedores (R) y 8 no respondedores (NR)).

RESULTADOS: 30 pacientes (66,7% varones; edad media 33,43 años) fueron incluidos. 56,7% antecedentes familiares de atopia y el 90% antecedentes personales de atopia. Pico medio de eosinófilos/cga preDieta en R fue de 39.59 vs. 38.13 en NR; $p=0.89$ y postDieta en R de 1,91 vs. 33,75 en NR; $p<0.00$. IgE Total (KU/L) en R (preDieta 399.43 vs. postDieta 341.46; $p=0.58$), en NR (preDieta 347.82 vs. postDieta 316.87; $p=0.80$). PCE (mcg/ml) en R (preDieta 34.82 vs. postDieta 29.70; $p=0.37$), en NR (preDieta 48.96 vs. postDieta 46; $p=0.89$). RSE (u/L) en R (preDieta 397,27 vs. postDieta 276.81; $p=0.024$), en NR (preDieta 460 vs. postDieta 317,5; $p=0.23$).

CONCLUSIÓN. A la luz de los resultados, IgE total y PCE no se comportan como marcadores de actividad de la EoE. Sin embargo el RSE pudiera jugar un papel en este sentido, considerando que este parámetro puede verse influenciado por las enfermedades atópicas concomitantes.

CP-02

EFICACIA DE OCTREÓTIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN EL TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO.

Katerina Klímová, Camilo Padilla Suárez, Carlos Carbonell Blanco, Juan Carlos Ávila Alegría, Enrique Cos Arregui, Ana Hernando Alonso

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) es poco habitual; su causa más frecuente son angiodisplasias de intestino delgado. El tratamiento endoscópico o quirúrgico muchas veces es ineficaz, además supone riesgos asociados, y el uso de tratamiento médico es limitado. El octreótido de liberación prolongada (OCT-LAR) ha demostrado resultados prometedores en varios estudios.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS. Analizar la eficacia de OCT-LAR en tratamiento a lo largo plazo de HDOO en pacientes con comorbilidad relevante tratados en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio retrospectivo, incluyendo a 17 pacientes que fueron tratados con inyecciones mensuales de OCT-LAR entre los años 2007 - 2012. Se revisaron en períodos trimestrales los requerimientos transfusionales, niveles de hemoglobina, necesidad de ingreso hospitalario y efectos secundarios.

RESULTADOS. Incluimos a 17 pacientes, 15 varones y 2 mujeres. 15 de los 17 pacientes tenían comorbilidad importante asociada, principalmente cardiológica. La media (extremos) de edad y duración de tratamiento con OCT-LAR fue de 76.18 años (63 - 87) y 27.2 meses (2 - 84), respectivamente. 13 pacientes tomaban anticoagulantes y/o antiagregantes: 7 pacientes estaban anticoagulados y antiagregados, 4 pacientes antiagregados y 2 anticoagulados. En cuanto a la causa de HDOO, 14 pacientes (82.4%) tenían angiodisplasias y 2 (11.8%) lesiones tipo water-melon en el contexto de cirrosis hepática. Comparamos los días de ingreso por año antes del tratamiento (media 19.6) y días de ingreso por año tras inicio de tratamiento (media 1.9), con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). Igualmente, al comparar la necesidad transfusional anual pretratamiento (media 11,3) y postratamiento (media 2.1), demostramos reducción estadísticamente significativa ($p=0.006$). No hemos detectado efectos secundarios.

CONCLUSIÓN. OCT-LAR es un tratamiento eficaz y seguro de HDOO, sobre todo en pacientes mayores con enfermedades asociadas, no subsidiarios de tratamiento endoscópico o quirúrgico agresivo.

CP-03

COLANGITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN EL AÑO 2012.

Mora Soler A, Acosta Materan R, Martín Arribas M, Piñero Pérez C, Jamanca Poma Y, Umaña Mejía J, Revilla Morato C, Marcos Prieto H, Velasco Guardado A, Rodríguez Pérez A

HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN. La colangitis aguda es una patología frecuente, habiéndose actualizado los criterios diagnósticos y de gravedad en la guía de Tokio de 2012 (Kiryama et al).

OBJETIVO. Analizar en nuestro medio las causas de colangitis aguda, el tratamiento, la evolución y la estancia hospitalaria.

MÉTODOS.

Estudio retrospectivo en 117 pacientes con colangitis aguda ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012.

RESULTADOS. Edad media: 76,8 +/- 13,5 años. El 50,4% eran mujeres. En 88 pacientes (75,2%) era el primer episodio de colangitis y 29 (24,8%) habían tenido episodios previos. Etiología: 73 pacientes (62,4%) presentaron coledocolitiasis, 8 (6,8%) estenosis benigna del colédoco, 7 (5,9%) obstrucción de prótesis biliar, 6 (5,1%) tumor pancreático maligno, 6 (5,1%) colangitis post-CPRE, 2 (1,7%) colangiocarcinoma, 2 (1,7%) tumor pancreático benigno, 2 (1,7%) migración de prótesis biliar, 2 (1,7%) colangitis post-drenaje percutáneo, 1 (0,8%) tumor de Klatskin, 1 (0,8%) CEP y 1 (0,8%) ampuloma. En 7 pacientes (5,9%) se observó colecistitis. Entre los pacientes con coledocolitiasis, 11 (9,4%) estaban colecistectomizados y 62 (53%) tenían colelitiasis. El 36,5% de los hemocultivos fueron positivos. Los microorganismos más frecuentes fueron E. coli (69,5%), K. pneumoniae (13,04%) y Enterococcus (13,04%). En 90 pacientes (77%) se hizo CPRE, urgente en 16 (17%). En 19 la CPRE fue precedida de colangio-RM. El 100% de los casos recibió antibioterapia. Se realizó cirugía urgente en 1 (1,17%) y diferida en 23 (19,6%). La estancia media fue de 10,8 días, siendo menor cuando se realizó CPRE urgente (9,38 vs 11,03 días), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Fallecieron 5 pacientes (7,9%), todos por sepsis, no observándose éxitos en los que se realizó CPRE urgente.

CONCLUSIONES. La principal causa de colangitis aguda fue la coledocolitiasis. El microorganismo más frecuente fue E. Coli. La CPRE urgente podría asociarse a mejor pronóstico.

CP-04

TRATAMIENTO ECOENDOSCÓPICO DE NECROSIS Y COLECCIONES LÍQUIDAS PANCREÁTICAS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO.

Katerina Klímová, Camilo Padilla Suárez, Cecilia González Asanza, Beatriz Merino Rodríguez, Oscar Nogales Rincón, Javier García Lledó, Pedro Menchén Fernández-Pacheco

SERVICIO APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El abordaje mínimamente invasivo de la necrosis pancreática abscesificada, así como las colecciones infectadas o estériles, es la terapéutica de elección de estas complicaciones de la pancreatitis aguda y crónica. El tratamiento endoscópico tiene buenos resultados evitando los riesgos asociados al abordaje quirúrgico o percutáneo.

MATERIALES Y MÉTODOS. Analizamos la eficacia y seguridad del manejo endoscópico de 60 pacientes consecutivos (enero 2008-julio 2013) que presentaban diferentes tipos de colecciones pancreáticas. Todos ellos fueron valorados por un equipo multidisciplinar decidiéndose un abordaje mediante ecoendoscopia (drenaje transmurar en pseudoquistes y abscesos y desbridamiento intracavitario en la necrosis infectada y abscesos refractarios).

RESULTADOS. En todos los casos el drenaje se guió por EE con punción vía transgástrica o transduodenal. Se realizó necrosectomía en 23/60 (abscesos 9; necrosis sobreinfectada 14), drenaje de

pseudoquistes en 35/60 pacientes y drenaje de colecciones sobreinfectadas en 2 pacientes. Se presentaron complicaciones en 7 pacientes: Hemorragia 3/60 (2 tratados con embolización y 1 con cirugía, con buena evolución), retroneumoperitoneo en 2/60 resueltos conservadoramente y broncoaspiración (1/60, resuelto con antibióticos). Hubo un caso de embolismo pulmonar que causó exitus del paciente (1/60). Las complicaciones más graves aparecieron en grupo de necrosectomía. El éxito técnico inicial se logró en 56/60 (93.3%), con resolución clínica de la lesión inicial en 52/60 (86.7%). Fue necesario completar mediante abordaje quirúrgico en 6/60 pacientes: 4 por recidiva de las colecciones y 2 tratamiento endoscópico (en todos los casos se trató de síndrome de ducto desconectado, no tratable endoscópicamente). Tras seguimiento medio de 14,8 meses observamos la reaparición de pseudoquistes en 2 pacientes (1 resuelto espontáneamente y otro con drenaje endoscópico) y 1 paciente presentó dolor refractario que requirió cirugía.

CONCLUSIONES. El drenaje endoscópico de colecciones pancreáticas es seguro y eficaz tanto a corto como mediano plazo si bien el riesgo de complicaciones aumenta si se realiza necrosectomía.

CP-05**FACTORES ANTIOXIDANTES
CORRELACIONADOS CON LA HISTOLOGÍA
HEPÁTICA EN OBESOS MÓRBIDOS.**

Álvarez Cuenllas B⁽¹⁾, Vaquero Ayala L⁽¹⁾, Aparicio Cabezedo M⁽¹⁾, Rodríguez Martín L⁽¹⁾, Ballesteros Pomar MD⁽²⁾, Calleja Fernández A⁽²⁾, Núñez Alonso A⁽³⁾, Díez Rodríguez R⁽⁴⁾, Olcoz Goñi JL⁽¹⁾

⁽¹⁾APARATO DIGESTIVO. ⁽²⁾ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. ⁽³⁾LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

⁽⁴⁾APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DEL BIERZO. LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD) engloba dos entidades: esteatosis, condición generalmente benigna, y esteatohepatitis (NASH) que puede evolucionar a fibrosis y cirrosis. Estudios recientes correlacionan el déficit de vitamina D con la presencia de NAFLD, resistencia insulínica y síndrome metabólico (SM).

OBJETIVO. Evaluar la relación entre VitA, VitD, (metabolismo oseo), VitE, zinc, ferrocínica e histología hepática en obesos mórbidos.

PACIENTES Y MÉTODOS. Incluimos pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre Junio de 2008 y Marzo de 2013. Los datos clínicos y antropométricos se recogieron en consulta previa a la cirugía. Los datos analíticos parten de una muestra basal de sangre. Durante la cirugía se obtuvo tejido hepático, analizado por dos patólogos independientes y clasificado según NAFLD activity score (NAS).

RESULTADOS. Incluimos 110 pacientes con edad media de 44,18±10,16 años, el 72,7% mujeres. El IMC medio fue de 46,86±6,1kg/m² y el perímetro abdominal de 130,39±12,78cm. La media del HOMA fue 6,4±4,1. Un 21,8% eran diabéticos, el 48,2% hipertensos y el 48,2% cumplían criterios de SM. El 16,4% de los pacientes padecía esteatohepatitis y un 13,6% fibrosis (cualquier grado).

Ninguno de los factores analizados mostró correlación con fibrosis ni esteatohepatitis. La elevación de niveles de vitA (p 0.043) y la disminución de los niveles de osteocalcina (p 0.021) se correlacionaban con mayor inflamación. La presencia de balonización en la histología hepática se correlacionaba con niveles mayores de vitE (p 0.028).

En varones se hallaron niveles mayores de ferritina (263.61 vs 75.57 p<0.001) y ácido úrico (6.69 vs 5.63 p<0.001). Se encontraron niveles superiores de vitA en hipertensos y en pacientes con SM (0.5 vs 0.59 p 0.006) y (0.51 vs 0.58 p 0.03) respectivamente. La ferritina se correlacionó con el HOMA (r=0.261, p0.006) y el perímetro abdominal (r=0.377, p<0.001).

CONCLUSIONES. No hemos demostrado relación entre los factores antioxidantes analizados y la presencia de fibrosis ni esteatohepatitis.

CP-06**CARACTERÍSTICAS, ESTADIFICACIÓN Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
HEPATOCARCINOMA EN HÍGADO NO CIRRÓTICO.
ESTUDIO PROSPECTIVO EN NUESTRO MEDIO.**

Rivas Maldonado Patricia, Romero Gutiérrez Marta, Sánchez Ruano Juan José, Artaza Varasa Tomás, González de Frutos Concepción, Muñoz López Diego, Gómez Rodríguez Rafael
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

INTRODUCCIÓN. El carcinoma hepatocelular (CHC), aparece mayoritariamente sobre hígados cirróticos. Sus características en pacientes sin cirrosis están menos definidas.

MATERIAL Y MÉTODO. Evaluamos prospectivamente (enero 2004-agosto 2013) los datos de pacientes con CHC de nuestra consulta especializada. Incluimos los CHC diagnosticados cito-histológicamente sin cirrosis hepática. Se recogieron características epidemiológicas, clínicas, método diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS. De los 190 pacientes diagnosticados de CHC, 13 cumplían los criterios de inclusión (6,8%). Varones: 76,9%. Mediana de edad: 69,6 (rango 31,3-86,6) años. El 77% presentaba marcadores de infección viral (54% VHB y 23% VHC) y el 23% no tenían agente etiológico. El diagnóstico fue mediante punción en el 53,8% y en la pieza quirúrgica en el 46,2%. Se comprobó la ausencia de cirrosis mediante biopsia (53,8%) o con datos analíticos/ecográficos +/-FibroScan® (46,2%). El nódulo se descubrió mediante ecografía de seguimiento por hepatopatía en el 61,5%, y en el 38,5% de forma casual. Todos eran ECOG 0 y tenían un nódulo único, con una mediana de tamaño de 35 (rango 14-120) mm. El 7,7% presentaba invasión vascular, y ninguno afectación extrahepática. La mediana de AFP era 12,9 (rango 2-1210). El estadio de BCLC fue: precoz (estadio 0 7,7%, estadio A 76%); estadio B 7,7% y C 7,7%. En el 70,2% se hizo resección quirúrgica, con un solo caso de exitus postquirúrgico precoz; y se realizó etanolización, quimioembolización, sorafenib y tratamiento sintomático en el 7,7% para cada uno de ellos. La mediana de seguimiento fue 22,2 (rango 1,4-46,3) meses, estando en remisión el 53,8%, y habiendo un 38,5% de exitus.

CONCLUSIÓN. El CHC sobre hígado no cirrótico es una patología infrecuente. En nuestro medio se diagnostica como lesiones únicas, que pueden ser de gran tamaño. En la mayoría de los casos es posible un tratamiento potencialmente curativo, siendo el más habitual la resección quirúrgica.