



Comunicaciones Póster

18-19 DE OCTUBRE DE 2013

POSTER: SECCION EII

PO-01

EMBOIZACIÓN ARTERIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

Verónica Martín D⁽¹⁾⁽²⁾, Alicia R. Rubí⁽¹⁾⁽²⁾, Vanesa Jusué⁽¹⁾⁽²⁾, María Chaparro⁽¹⁾⁽²⁾, Alfonso Frieria⁽¹⁾, Javier P. Gisbert⁽¹⁾⁽²⁾

⁽¹⁾HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. ⁽²⁾CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)

INTRODUCCIÓN. La hemorragia digestiva baja (HDB) masiva es una complicación infrecuente en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). Para el diagnóstico se utiliza la angiotomografía (angio-TC) y la colonoscopia. Clásicamente, el tratamiento de la HDB masiva ha sido quirúrgico, con una importante morbi-mortalidad perioperatoria. Como alternativa al tratamiento de la HDB masiva, existen los métodos de embolización endovascular que se han empleado principalmente en casos de angiodisplasia y hemorragia diverticular.

CASOS CLÍNICOS. Presentamos dos pacientes con EC, quienes debutaron con HDB masiva a nivel del colon. De acuerdo con la clasificación de Montreal, ambos tuvieron un patrón inflamatorio (B1), fueron diagnosticados después de los 40 años (A3) y de localización cólica (L2) e ileocólica (L3). En el momento de la HDB nuestros pacientes tenían un brote moderado y una proteína C reactiva (PCR) > 10 mg/dl. En ambos pacientes se realizó colonoscopia diagnóstica y terapéutica, no siendo efectiva. El sitio de sangrado fue evidenciado por angio-TC y posteriormente se realizó embolización intraarterial de forma selectiva y supraselectiva, con buen control del sangrado y evolución satisfactoria durante el seguimiento.

CONCLUSIÓN. La arteriografía y las nuevas técnicas de embolización arterial selectiva y supraselectiva pueden ser una buena opción diagnóstica y terapéutica para el control de la HDB masiva en pacientes con EC, como alternativa al tratamiento quirúrgico.

PO-02

PIODERMA GANGRENOSO PERIILEOSTOMÍA.

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Rosario Caparrós⁽²⁾, Margarita Lancharro⁽¹⁾, Rocío Santos Rancaño⁽²⁾, Juan Luis Mendoza⁽²⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.
⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

INTRODUCCIÓN. El pioderma gangrenoso periostomal constituye una de las complicaciones más severas en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Presentamos la evolución clínica de una paciente con esta lesión tras pancoproctectomía por colitis ulcerosa.

CASO CLÍNICO. Paciente mujer de 46 años diagnosticada desde 2007 de colitis ulcerosa. En noviembre de 2011 presenta enfermedad fistulosa perianal que obliga a drenaje de absceso y colocación de seton laxo a través de fístula transesfinteriana profunda.

A pesar de ser sometida a todas las opciones terapéuticas médicas la evolución clínica es desfavorable con lesiones importantes en diversos tramos del colon y fundamentalmente a nivel rectal, con importante sintomatología y grave afectación de su calidad de vida, por lo que es sometida a pancoproctectomía e ileostomía definitiva.

Tras sufrir dehiscencia parcial de la unión muco-cutánea de dicha ileostomía y ser dada de alta, acude con carácter de urgencia a nuestra consulta por presentar una amplia lesión ulcerosa, peri-ileostomía, con necrosis de piel y tejido celular subcutáneo, siendo diagnosticada de pioderma gangrenoso peri-ileostomía.

Se instaura tratamiento con corticoides, antibióticos (metronidazol y ciprofloxacino), anti-TNF (adalimumab) y tacrólimus tópicos, siendo la evolución satisfactoria con resolución completa de la lesión a las ocho semanas de tratamiento.

COMENTARIO. El pioderma gangrenoso periostomal fue descrito por primera vez en 1984 en Enfermedad de Crohn.

Su incidencia es rara y puede presentarse entre dos semanas y varios años después de realizado el estoma. No existe un tratamiento definitivo, proponiéndose el tratamiento local y sistémico, con diferentes opciones: debridamiento local, administración de corticoides a nivel local y por vía general, 6-mercaptopurina, antibióticos, ciclosporina, infliximab y azatioprina, entre otros. Sobre la relocalización del estoma existen opiniones controvertidas.

PO-03

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANTI TNF- α EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC) QUE NO HAN RESPONDIDO A UN ANTI TNF- ∞ PREVIO.

R-Grau MC⁽¹⁾, Chaparro M⁽¹⁾, Mesonero F⁽²⁾, Barreiro-de Acosta M⁽³⁾, Castro L⁽⁴⁾, Vera I⁽⁵⁾, Castro M⁽⁶⁾, Domenech E⁽⁷⁾, Manceñido N⁽⁸⁾, Taxonera C⁽⁹⁾, Pérez JL⁽¹⁰⁾, Barrio J⁽¹¹⁾, De Francisco R⁽¹²⁾, Merino O⁽¹³⁾, Oltra L⁽¹⁴⁾, Saro C⁽¹⁵⁾, Bermejo F⁽¹⁶⁾, Gasrcía V⁽¹⁷⁾, Ginard D⁽¹⁸⁾, Gutiérrez A⁽¹⁹⁾, Calvet X⁽²⁰⁾, Gisbert JP⁽¹⁾

⁽¹⁾H.DE LA PRINCESA, IP, CIBEREHD, MADRID. ⁽²⁾H.RAMÓN Y CAJAL, MADRID. ⁽³⁾H.CLÍNICO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA. ⁽⁴⁾H.VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁽⁵⁾H.PUERTA DE HIERRO, MADRID. ⁽⁶⁾H.DE VALME, CIBEREHD, SEVILLA. ⁽⁷⁾H.GERMANS TRIAS I PUJOL, CIBEREHD, BADALONA. ⁽⁸⁾H.INFANTA SOFÍA, MADRID. ⁽⁹⁾H.CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID. ⁽¹⁰⁾FUNDACIÓN ALCORCÓN, MADRID. ⁽¹¹⁾H.RÍO HORTEGA, VALLADOLID. ⁽¹²⁾H.CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO. ⁽¹³⁾H.DE CRUCES, VIZCAYA. ⁽¹⁴⁾H.MANISES, VALENCIA. ⁽¹⁵⁾H.CABUEÑES, GIJÓN. ⁽¹⁶⁾H.FUENLABRADA, MADRID. ⁽¹⁷⁾H.REINA SOFÍA, CIBEREHD, CÓRDOBA. ⁽¹⁸⁾H. SON ESPASES, MALLORCA. ⁽¹⁹⁾H. GENERAL DE ALICANTE, ALICANTE. ⁽²⁰⁾H. PARC TAULI, CIBEREHD, SABADELL.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento con un 2º antiTNF- α es eficaz en pacientes con EC con pérdida de respuesta o efectos adversos al previo. Hay poca información sobre la respuesta a un 2º fármaco tras fracaso primario del previo.

OBJETIVOS. Evaluar la eficacia a corto plazo de un 2º antiTNF- α en pacientes con EC que no alcanzaron remisión con el primero y analizar la duración de la respuesta.

MÉTODOS. La respuesta al 2º antiTNF- α se evaluó retrospectivamente, se cuantificó mediante el índice de Harvey-Bradshaw en enfermedad luminal y el Fistula Drainage Assessment index en perianal. Mediante regresión logística binaria se identificaron factores predictores de remisión a corto plazo. En los que alcanzaron la remisión se evaluó la duración de la respuesta mediante Kaplan-Meier y las curvas de supervivencia con log-rank; los factores predictores de pérdida de respuesta mediante regresión de Cox.

RESULTADOS. Se incluyeron 106 pacientes (43% ileocólico, 49% inflamatorio, 38% fumadores, 55% perianal). El primer antiTNF- α se suspendió por ausencia de respuesta en el 55%, en el resto por alcanzar únicamente respuesta parcial. El 51% alcanzó remisión a corto plazo con el 2º antiTNF- α . La probabilidad de respuesta fue menor en los que tuvieron ausencia de respuesta al primero (OR=2,7, p=0,04), en los que la indicación fue enfermedad perianal (OR=0,08, p=0,003) y en aquellos con cirugía previa (OR=0,3, p=0,03). La probabilidad de mantener la remisión fue 75%, 68% y 64% a los 12, 18 y 24 meses. El riesgo de "pérdida de remisión" fue del 23% paciente/año de seguimiento. El tabaquismo se asoció con mayor riesgo de "pérdida de remisión" a largo plazo (HR=2,6, p=0,04).

CONCLUSIONES. Aproximadamente la mitad alcanzaron remisión con un 2º antiTNF- α tras fracaso primario (respuesta parcial o no respuesta) con el primero. Esta estrategia terapéutica es menos efectiva en los que no tuvieron respuesta primaria al primero, los operados y los que recibían el fármaco por enfermedad perianal. Una proporción relevante perdió respuesta a largo plazo, más frecuentemente entre fumadores.

PO-04

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA DEBIDO A UNA COMPLICACIÓN PRECOZ.

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

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La enteropatía asociada a linfoma de células T tipo 1 es un trastorno linfoproliferativo infrecuente y agresivo. Afecta a individuos con enfermedad celíaca (EC) en la sexta década de la vida.

CASO CLÍNICO. Varón de 27 años sin clínica previa que comenzó bruscamente con diarrea de 5 deposiciones/día con sangre tres meses antes del ingreso, acompañado de dolor abdominal, astenia y pérdida de 15kg de peso. Los anticuerpos antitransglutaminasa eran positivos y el genotipado HLA era DQ2 homocigoto. El TC abdominal informó de un asa intestinal engrosada de forma irregular de 12cm sugestiva de neoformación sin datos de extensión. Tras la exéresis quirúrgica el estudio histológico informó de una atrofia vellositaria asociada a un linfoma intestinal de linfocitos T. La inmunohistoquímica detectó positividad para CD3 y Ki67 con reordenamiento clonal del TCR y negatividad para CD8,

CD56, CD30 y CD20. Con estos datos el diagnóstico realizado fue linfoma T enteropático tipo I, asociado a EC.

El paciente actualmente se encuentra sometido a tratamiento quimioterápico específico en fase de remisión clínica después de la intervención además de una dieta sin gluten estricta con normalización serológica.

DISCUSIÓN. El paciente presentaba CD56- marcador que permite descartar la EALT tipo II, el linfoma intestinal primario de células T/NK y el linfoma de células T hepatoesplénico. La presencia de una serología celíaca positiva y un haplotipo HLA compatible junto con el resultado inmunohistoquímico obtenido permite establecer el diagnóstico de EALT I.

El caso que se presenta debuta desde el principio como la complicación más grave de la EC. Esto no es frecuente dado que suele aparecer a edades más tardías después de un largo periodo sintomático y sin haber diagnosticado de la enfermedad. Las estrategias de cribado en grupos de riesgo o sujetos sintomáticos son útiles para su prevención.

PO-05

CAUSAS DE ALTERACIÓN DE LA MINERALIZACIÓN ÓSEA EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE LOS PACIENTES CELÍACOS.

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

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad celíaca (EC) está relacionada con la osteoporosis. Los familiares de primer grado de celíacos constituyen el principal grupo de riesgo y muchos presentan alteraciones histológicas que pueden asociarse con afectación en la mineralización ósea.

OBJETIVO. Evaluar la densidad mineral ósea en los familiares de primer grado de pacientes celíacos y los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS. Desde Enero del 2011 hasta Enero 2012 fueron incluidos los familiares de primer grado adultos de celíacos. Analizamos el genotipado HLA, anticuerpos antitransglutaminasa, la biopsia duodenal, la presencia de *Helicobacter pylori* (HP) y el grado de mineralización ósea lumbar.

RESULTADOS. Se seleccionaron 92 familiares (edad media 41,1±9,4 años) 54% mujeres. Todos presentaban serología celíaca negativa. Eran homocigotos para el HLA DQ2/8 el 19,65%, mientras que el 69,5% eran heterocigotos. Cinco familiares presentaban atrofia vellositaria (Marsh IIIA). La enteritis linfocítica se observó en el 29,7%, el resto no mostró alteraciones histológicas. El 63% presentaron clínica asociada y el 59,3% tenían HP en las biopsias gástricas. Un 16,3% mostró osteoporosis lumbar y el 12% osteopenia. No observamos diferencias en el grado de mineralización ósea entre los familiares con alteraciones histológicas (Marsh I y IIIA) y los que tenían biopsia normales. La presencia de HP estaba asociada con un mayor grado de desmineralización: 93,3% de los sujetos con osteoporosis, en el 63,6% de los que tienen osteopenia y en el 49,2% de los familiares con desitometría normal (p=0,01). Los individuos homocigotos presentaban mayor porcentaje de alteraciones óseas (50%) que los heterocigotos (24,4%) o ausencia de componente genético (20%) (p=0,03).

CONCLUSIONES. Existe una elevada prevalencia de alteraciones en la mineralización ósea entre los familiares adultos. La presencia

del HP y de una genética de riesgo para la EC podría seleccionar los casos de mayor riesgo susceptibles de realizar una densitometría ósea.

PO-06**EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD AL GLUTEN EN LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE LOS PACIENTES CELÍACOS.**

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

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Los familiares de primer grado de los celíacos son el principal grupo de riesgo de esta enfermedad. Muchos familiares presentan clínica asociada que pueden responder a la dieta sin gluten (DSG).

OBJETIVO. Evaluar la eficacia clínica de la DSG en los familiares de primer grado de los pacientes celíacos.

METODOLOGÍA. Desde Enero 2010 hasta Agosto 2012 seleccionamos los familiares mayores de 18 años de celíacos. Durante un mes siguieron una DSG estricta y otro mes una sobrecarga de gluten de 15g diarios. Analizamos el genotipado HLA, los anticuerpos antitransglutaminasa, la biopsia duodenal, la sintomatología mediante los cuestionarios CSI y GSRS y las características de las deposiciones según la clasificación de Bristol durante las diferentes fases de la modificación dietética.

RESULTADOS. Incluimos 139 familiares (edad media 42,1±8,7 años), el 53,3% mujeres. Eran homocigotos para el haplotipo DQ2/8 el 15,1%, heterocigotos el 63,3%, el resto no presentaban riesgo genético. Todos los sujetos tenían serología celíaca negativa, y 50 participantes presentaron alteraciones histológicas (45 Marsh I y 5 Marsh IIIA).

Mediante el CSI se verificó que el 76% de los familiares permaneció asintomático tras la DSG, el 54% en situación basal y el 61% tras la sobrecarga de gluten ($p < 0,001$). A través del GSRS observamos que el 98% de los familiares no presentaban síntomas tras la DSG, mientras que inicialmente el 91% y tras la sobrecarga dietética el 89% carecían de clínica ($p = 0,02$). El 9% de los familiares presentaban una disminución de la consistencia de las deposiciones inicialmente, un 5% durante la DSG y este porcentaje aumentaba al 20% con la sobrecarga de gluten ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES. Una elevada proporción de familiares de pacientes celíacos presentan clínica dentro del contexto de la sensibilidad al gluten. El cumplimiento de la DSG puede mejorar la sintomatología.

PO-07**PERFORACIÓN INTESTINAL REITERADA EN ENTERITIS ACTÍNICA SECUNDARIA A RADIOTERAPIA DE CÁNCER DE PRÓSTATA**

Verdejo C, Peña M, Ramos C, Adán M, Olivencia P, López-Viedma B, De la Santa E, Lorente R, Olmedo J

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

CASO CLÍNICO. Varón de 73 años, diabético e hipertenso, diagnosticado de adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo, para el

cual recibió tratamiento con radioterapia (RT) y privación androgénica neoadyuvante. Se administraron 37 sesiones de RT, con una dosis total de 74 Gy, en fracciones diarias de 2 Gy, planificada mediante TC simulación y dosimetría 3D1-3. Coincidiendo con la finalización del tratamiento radioterápico, se instauró cuadro toxicidad aguda con diarrea de 10-12 deposiciones al día y rectorragia con requerimientos transfusionales, con posterior perforación de ciego, complicación excepcional en la RT del cáncer de próstata. Se intervino quirúrgicamente de urgencias, donde se observó gran dilatación de asas de intestino delgado, con un colon rígido y purulento, con perforación puntiforme en ciego, cuyo cierre se realizó mediante técnica de Friedrich y epiploplastia. El cuadro de diarrea residual presentó muy buena respuesta al tratamiento con beclometasona 5mg/24h, 5-ASA 3g/24h y probióticos, durante 1 mes¹. Se mantuvo asintomático en tratamiento de mantenimiento con 5-ASA a dosis de 2g/24h y ciclos intermitentes de probióticos hasta los 24 meses de la última dosis de radioterapia, cuando debuta entonces con complicaciones de una enteritis crónica actínica²: obstrucción y perforación intestinal, a nivel de yeyuno proximal. Se realizó resección del segmento afecto⁴, siendo la histología compatible con enteritis post-radiación.

CONCLUSIONES.

1.- Las complicaciones severas de la enteritis crónica actínica (obstrucción, estenosis, perforación, fistula) secundarias al tratamiento radioterápico del tumor de próstata, son infrecuentes (<1%) pero hay que tenerlas presentes².

2.- La resección extensa del segmento afecto es el mejor tratamiento y el que parece prevenir el riesgo de re-intervención en las complicaciones de la enteritis crónica actínica⁴.

PO-08**COLITIS ISQUÉMICA EN VARÓN JOVEN.**

Emilia M^a Tébar Romero, Rosanna Villanueva Hernández, Esperanza Romero Rodríguez, M^a Luisa Legaz Huidobro, Carmen Navarro López, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñoz, M^a Ángeles Tejero Bustos, M^a Esther Bernardos Martín, Óscar Roncero García-Escribano, Sami Aoufi, Francisco Pérez Roldán, Pedro Santiago González Carro, Francisco Ruiz Carrillo

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO,
ALCÁZAR DE SAN JUAN (CIUDAD REAL).

INTRODUCCIÓN. La colitis isquémica es una causa frecuente de dolor abdominal brusco acompañado de rectorragia en personas de edad avanzada con comorbilidades asociadas, fundamentalmente cardiovasculares; aunque también de forma infrecuente se han descrito casos en jóvenes sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos un caso clínico de colitis isquémica en un varón joven.

RESULTADOS. Varón de 35 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de estreñimiento y episodios de cefalea tensional de años de evolución por lo que consume habitualmente AINEs, aumentando su consumo en la última semana. Refiere dolor abdominal en hipogastrio, súbito, intenso, de dos días de evolución, acompañado de diarrea con rectorragia escasa y un pico febril aislado.

Análiticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda; coprocultivos negativos y en la colonoscopia que fue diagnóstica, se objetivó de 18 a 90 cm del margen anal mucosa edematosa y ulcerada con áreas violáceas de aspecto necrótico, finalmente informándose las biopsias obtenidas de colitis isquémica. El resto

de estudios etiológicos (ecografía abdominal, TAC abdominal, angioTAC y estudio de coagulación) fueron normales.

Finalmente, nuestro paciente fue diagnosticado de colitis isquémica segmentaria probablemente secundaria al abuso de AINEs.

Conclusiones. Revisando la literatura científica existente sobre la colitis isquémica en jóvenes, son escasos los casos clínicos publicados y principalmente se relacionan con el consumo de cocaína. También existen algunos casos, secundarios al consumo de AINEs; y además se recoge como uno de sus posibles efectos secundarios en el tracto digestivo inferior.

Por lo tanto, la colitis isquémica es una de las entidades a considerar en pacientes jóvenes con dolor abdominal y rectorragia; y debemos de considerar ciertas sustancias como sus posibles causantes.

PO-09

ANÁLISIS DE LA AFECTACIÓN PANCREÁTICA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA.

Almudena Marinero, Rosa María Girón, Verónica Martín, María Caldas, Luisa Consuelo García-Buey

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La Fibrosis Quística es la enfermedad genética más letal en la raza caucásica. Si bien la afectación pulmonar es la responsable de la mayor parte de la morbimortalidad, la afectación pancreática, además de ser variada, se comporta como un factor pronóstico más. El objetivo consistió en evaluar la prevalencia de afectación pancreática en adultos con fibrosis quística.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo con los datos de 70 pacientes mediante la revisión de las historias clínicas y los archivos informáticos existentes, incluyendo datos clínicos y valorando la presencia de diabetes, insuficiencia pancreática exocrina y número de pancreatitis agudas, crónicas o de repetición sufridas por los pacientes.

RESULTADOS. De los 70 pacientes, el 51,4% eran varones. La edad media en el momento de realizar el estudio era de 29 años. El 98,4% eran de raza caucásica. 50 eran portadores de la mutación F508del. 17 de los pacientes presentaron uno o más episodios de pancreatitis aguda o crónica; 60 (85,7%) insuficiencia pancreática exocrina y 16 (22,9%) diabetes. Mediante estudio ecográfico, en 50 (78,1%) de los pacientes el páncreas no mostró alteraciones morfológicas valorables. Se observó un reemplazamiento graso del mismo en 5 (7,8%), un páncreas heterogéneo en 4 (6,3%) y un páncreas atrófico también en 4 (6,3%) de los casos. En uno de los casos (1,6%) se observó un quiste pancreático. **CONCLUSIÓN.** podemos inferir que la prevalencia concuerda con los datos de la mayor parte de los estudios que se han realizado al respecto.

PO-10

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS, SEROLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO Y RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN.

M Jiménez, I Jiménez, M Chaparro, JP Gisbert
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL DE LA PRINCESA, IP, CIBEREHD, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La mayoría de los estudios realizados sobre la enfermedad celíaca se basan en la forma clásica de presentación infantil. Sin embargo, se está observando un incremento de su incidencia en la edad adulta, presentando la enfermedad, en estos casos, unas características particulares.

OBJETIVOS. Conocer las características clínicas, analíticas, serológicas e histológicas de la enfermedad celíaca del adulto, así como su evolución tras instaurar una dieta sin gluten (DSG).

MÉTODOS. Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Sujetos: Pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca a partir de los 18 años de edad. Se recopiló información relativa a las características demográficas, la forma de presentación de la enfermedad, la duración de los síntomas hasta el diagnóstico, las manifestaciones clínicas y analíticas, la serología (anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa) y los hallazgos en las biopsias duodenales al diagnóstico y al año de la DSG. Se consideró respuesta clínica completa la ausencia de síntomas tras la DSG y respuesta parcial la persistencia de síntomas pero con clara mejoría.

RESULTADOS. Se incluyeron 150 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 40 años y el 68% eran mujeres. Los principales síntomas al diagnóstico fueron: diarrea (53,3%), distensión abdominal y flatulencia (36%), pérdida de peso (35,3%) y dolor abdominal (29,3%). Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron: osteopenia/osteoporosis (22%), dermatitis herpetiforme (15,3%) e hiperparatiroidismo (9,3%). La comorbilidad más frecuente fue la enfermedad tiroidea autoinmune (16,7%). Las principales alteraciones analíticas al diagnóstico fueron la ferropenia (48,7%) y la anemia (31%). Al diagnóstico, el porcentaje de pacientes con títulos elevados de anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa fue del 70,6% y del 56,8%, respectivamente. En la mayoría de los casos se observó atrofia vellositaria en las biopsias duodenales (39,3% Marsh IIIA, 34,7% IIIB y 10,7% IIIC), mientras que el 14,7% fueron clasificados como Marsh I. No se encontraron diferencias en cuanto a la presencia de síntomas entre los pacientes con y sin atrofia vellositaria. La respuesta clínica al año de la DSG fue completa en un 74,4% de los pacientes y parcial en un 24%. Al año de instaurar la DSG se constató una clara mejoría de todos los parámetros analíticos y serológicos.

CONCLUSIONES. La enfermedad celíaca del adulto se caracteriza por su gran heterogeneidad en la forma de presentación. La biopsia intestinal al diagnóstico muestra atrofia en la mayoría de los casos, si bien la enteritis linfocitaria constituye un hallazgo relativamente frecuente. Los pacientes con formas leves de enteropatía cursan con síntomas similares a los de aquéllos con atrofia duodenal. Un estudio serológico negativo no permite descartar con seguridad el diagnóstico de enfermedad celíaca en el adulto. La respuesta clínica, analítica y serológica al año de DSG es completa en la mayoría de los pacientes.

PO-11

EFFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS FÍSTULAS PERIANALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

B Arberas-Diez⁽¹⁾, M Chaparro⁽¹⁾, P Burgueño⁽¹⁾, I Vera⁽²⁾, F Bermejo⁽³⁾, I Marín-Jiménez⁽⁴⁾, C Yela⁽⁵⁾, P López⁽⁶⁾, MD Martín⁽⁷⁾, C Taxonera⁽⁸⁾, B Botella⁽⁹⁾, R Pajares⁽¹⁰⁾, A Ponferrada⁽¹¹⁾, M Calvo⁽²⁾, A Algaba⁽³⁾, L Pérez⁽⁴⁾, B Casis⁽⁵⁾, J Maté⁽¹⁾, JP Gisbert⁽¹⁾

⁽¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL LA PRINCESA, IP Y CIBEREHD. MADRID, ESPAÑA. ⁽²⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. ⁽³⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL FUENLABRADA. ⁽⁴⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GREGORIO

MARAÑÓN Y CIBEREHD. ⁽⁶⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. ⁽⁶⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL ALCORCÓN. ⁽⁷⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL LA PAZ. ⁽⁸⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. ⁽⁹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL INFANTA CRISTINA. ⁽¹⁰⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL INFANTA SOFÍA. ⁽¹¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL INFANTA LEONOR.

INTRODUCCIÓN. El 25% de los pacientes con EC desarrolla fístulas perianales a lo largo de la evolución de la enfermedad. A pesar de ello, hay pocos estudios que evalúen la efectividad de los tratamientos disponibles en la práctica clínica.

OBJETIVO. Evaluar la efectividad de las diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento de las fístulas perianales en los pacientes con EC.

MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo pacientes con EC y fístula perianal. Se recogió información sobre las características demográficas, tipo de fístulas, tipo de tratamiento y respuesta al mismo.

RESULTADOS. Se incluyeron 313 pacientes (55% varones, edad media 41 años, 80% con fístulas complejas). El 41% de los pacientes tuvieron respuesta completa al tratamiento antibiótico (62% de las fístulas simples vs. 37% de las complejas). De los pacientes tratados con tiopurinas, el 37% presentó una respuesta completa (el 66% de las simples vs. el 32% de las complejas, $p=0,002$), siendo la tasa de respuesta mayor asociando un antibiótico (33% vs. 11%, $p=0,37$). El 92% de los pacientes respondieron al tratamiento con anti-TNF (63% respuesta completa y 29% parcial). En los pacientes en los que se administraron anti-TNF como primera línea de tratamiento, se observó una mayor tasa de respuesta con el tratamiento combinado con tiopurinas que con anti-TNF en monoterapia (77% vs. 59%, $p=0,03$). El 54% de los pacientes presentó respuesta completa al tratamiento quirúrgico (81% en fístulas simples vs. 50% en complejas, $p=0,009$). La tasa de recurrencia con cada tratamiento fue: 66% con antibióticos, 46% con tiopurinas, 36% con anti-TNF y 51% con cirugía.

CONCLUSIONES. La combinación de anti-TNF y tiopurinas es más efectiva que los anti-TNF en monoterapia en el tratamiento de las fístulas perianales en pacientes con EC. A pesar de ello, la efectividad de estos fármacos es limitada y las recaídas frecuentes.

PO-12

EFFECTO DEL CONDROITÍN SULFATO SOBRE LOS MEDIADORES PROINFLAMATORIOS Y LAS RECIDIVAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

Linares PM⁽¹⁾, Chaparro M⁽¹⁾, Algaba A⁽²⁾, Román M⁽³⁾, Moreno Arza I⁽³⁾, Abad Santos F⁽³⁾, Ochoa D⁽³⁾, Bermejo F⁽¹⁾, Gisbert JP⁽¹⁾

⁽¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA-IP Y CIBEREHD. MADRID. ⁽²⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. MADRID. ⁽³⁾SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA-IP Y CIBEREHD. MADRID.

ANTECEDENTES. El condroitín sulfato (CS) es un glicosaminoglicano que podría modificar la expresión de varias proteínas proinflamatorias implicadas en la EII. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia de recaídas en pacientes con EII en tratamiento con CS y el efecto de dicho tratamiento sobre los niveles de dichos mediadores.

MÉTODOS. Estudio postautorización observacional y prospectivo de 12 meses de seguimiento de pacientes con EII en remisión

durante al menos 6 meses, que comienzan tratamiento con CS (Condrosan®, Bioibérica SA) por artrosis 800mg/día. Las visitas fueron: basal, previa a la administración de CS, y a los 3, 6, 9 y 12 meses de tratamiento. Los niveles de VEGFA, C, FGF2, HGF, Ang1, 2, TGF, IL1 β , TNF α , IL-6, -12, -17, -23, ICAM1, VCAM1, MMP3 y PGE2 se cuantificaron por ELISA. El dolor articular se evaluó mediante una escala analógica visual.

RESULTADOS. Se incluyeron 37 pacientes con EII (19 CU, 18 EC). La edad media fue de 60 años, y el 70% mujeres. La duración media de la enfermedad fue de 13 años. El 68% de los pacientes estaban en tratamiento con 5-ASA, el 24% con tiopurinas o metotrexato. Sólo un paciente (con CU) tuvo un brote durante el seguimiento (a los 6 meses). La tasa de incidencia de recaída fue del 3,5% por paciente-año de seguimiento. Cifra menor que la descrita previamente en pacientes con EII. El seguimiento lo han completado 12 pacientes con CU y 11 con EC. En aquéllos con EC se observó un aumento de los niveles de IL1 (de 1,24 a 2,07 pg/ml) y una disminución en los de Ang2 (de 3,38 a 3,11 ng/mL) entre las visitas basal y 6 meses ($p < 0,05$). En los pacientes con CU, el VEGFA disminuyó entre las visitas basal y 6 meses (681 vs. 510 pg/ml, $p < 0,05$). No se encontraron diferencias en los otros marcadores proinflamatorios. A los 12 meses, el dolor de las articulaciones mejoró en todos los pacientes menos en uno. Se produjeron efectos adversos en el 30% de los casos, el 6% se relacionados con el fármaco.

CONCLUSIONES. La incidencia de recaída en pacientes con EII en tratamiento con CS es menor que la descrita en este tipo de pacientes. El tratamiento con CS podría modular los niveles séricos de VEGFA, IL1, y Ang2. El CS disminuye el dolor relacionado con la artrosis en pacientes con EII.

PÓSTER: SECCIÓN ENDOSCOPIA

PO-13

ESTENOSIS RECTAL TRAS RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO: DILATACIÓN ENDOSCÓPICA

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Mario Ortega López⁽²⁾, Servando Fernández⁽²⁾, Manuel Vázquez⁽²⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

¹ CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.
² HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La estenosis de la anastomosis tras cirugía del cáncer de recto constituye una complicación importante, no siempre de fácil resolución. Presentamos el caso de un paciente con estenosis prácticamente completa a nivel de la anastomosis tras resección de un cáncer de recto proximal.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 61 años sometido a resección anterior de recto en enero de 2012 en otro servicio, presentando dehiscencia de la anastomosis que se resuelve mediante tratamiento conservador.

El paciente presenta prácticamente desde el postoperatorio inmediato incremento del número de deposiciones (15 - 20 diarias), diarreicas y con sensación de distensión abdominal; ocasionalmente náuseas y vómitos.

Con este cuadro acude a nuestra consulta. Al tacto rectal no se alcanza a palpar la anastomosis. Se realiza enema opaco objetivándose una estenosis completa que impide el paso de contraste a una altura aproximada de 10 - 12 cm de margen anal. Con gran dificultad se realizan dilataciones sucesivas por vía endoscópica hasta llegar a una dilatación aproximada de 12 mm, con lo que el paciente mejora ostensiblemente hasta llegar a realizar 1 - 2 depo-

siciones diarias de características normales, situación en la que se encuentra en la actualidad.

COMENTARIO. La estenosis de la anastomosis colorrectal constituye una eventualidad variable según las series. No obstante, la estenosis completa, como acontece en el caso que presentamos, es absolutamente excepcional.

Las opciones terapéuticas son varias, pudiendo llegar a precisarse la resección de la zona afectada y reanastomosis.

PO-14

EXTRACCIÓN DE MEMBRANA HIDATICA DE LA VIA BILIAR POR CPRE

Pérez Poveda, Juan Jesús

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DEL HENARES, COSLADA, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La rotura de un quiste hidatídico hacia la vía biliar es la complicación más frecuente de la hidatidosis hepática, ocurre entre un 5 y 17% de los casos⁽¹⁾. La migración de vesículas hijas y membranas hidatídicas al interior del árbol biliar ocasiona una ictericia obstructiva que puede dar origen a cuadros de colangitis, abscesos hepáticos, pancreatitis y reacciones anafilácticas.

CASO CLÍNICO. Varón de 36 años natural de Rumania que acude por cuadro de dolor abdominal en HCD y elevación de transaminasas. Es diagnosticado por ECO y RM de quistes hidatídicos. Ante la sospecha de rotura a la vía biliar se realiza CPRE: papila normal, amputación de radicales biliares en árbol derecho, se pasa balón Fogarty de 9-12 mm sin salida de material. Reaparece en la urgencia 4 meses después con cuadro de colangitis aguda. ECO y RM: quistes hidatídicos hepáticos con contenido en colédoco y dilatación de la vía extrahepática. CPRE: Papila abierta por la esfinterotomía previa por donde asoma una vesícula hidatídica. Se observan defectos de repleción en colédoco, el cual mide unos 14 mm. Amputación de los radicales biliares del árbol derecho. Se introduce balón de Fogarty de 12-15 mm y se observa la salida de una gran membrana de la vía biliar y posteriormente pus y bilis negra. Se coloca prótesis plástica. Posteriormente el paciente fue intervenido y evolucionó favorablemente.

CONCLUSIÓN. CPRE es una técnica segura para confirmar la afectación del árbol biliar en la enfermedad hidatídica hepática.

La esfinterotomía endoscópica y extracción de vesículas del coledoco es segura y efectiva en el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad hidatídica hepática. Ocasionalmente se han dejado endoprótesis de plástico en el colédoco para mantener un drenaje adecuado de la vía biliar. También se está utilizando la irrigación transbiliar de sustancias parasiticidas⁽²⁻⁴⁾.

PO-15

PRÓTESIS METÁLICA EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA Y ESTENOSIS SIGNIFICATIVA DEL WIRSUNG.

Pérez Poveda, Juan Jesús

SERVICIO DE DIGESTIVO, HOSPITAL DEL HENARES, COSLADA, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La pancreatitis crónica suele asociar estenosis del conducto pancreático y dilatación retrógrada de éste, lo que provoca dolor por hiperpresión en el conducto pancreático. Su descompresión puede ayudar a reducir el dolor.

CASO CLÍNICO. Mujer de 56 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, no ingesta de alcohol. Presentó dos episodios de pancreatitis aguda hace 6 años donde se observó colelitais por lo que fue colecistectomizada. En los últimos dos años ha presentado varios cuadros de dolor abdominal. Fue diagnosticada de pancreatitis crónica fibro-calcificante con calcificaciones en cabeza pancreática, con un wirsung arrosariado. Se inició tratamiento con Kreon. Nuevo cuadro de pancreatitis se realizó CPRE: vía biliar normal, se realizó esfinterotomía. Unos meses después se repitió el cuadro. Se realizó CPRE con canulación pancreática: wirsung irregular con estenosis y dilataciones, ninguna significativa. Se coloca prótesis plástica. Retirada a los 2 meses. Inicialmente la paciente evolucionó bien. Unos meses después nuevo cuadro de pancreatitis. Nueva RM: estenosis importante del wirsung en cabeza pancreática y otra menos significativa en el cuerpo. CPRE y wirsunografía: estenosis muy marcada, corta, de aspecto benigno situada a unos 2 cm del orificio papilar, otra estenosis menos marcada en el cuerpo-cola. Se hace un primer intento para colocar la prótesis pero no es posible vencer la estenosis. Se realiza dilatación con balón Hurriceae de 6 mm. Posteriormente se inserta una prótesis metálica autoexpandible toda recubierta de 6 cm de longitud y 6 mm de diámetro, modelo Bumpy. Actualmente asintomática.

CONCLUSIÓN. En las estenosis significativas del conducto pancreático se suele recomendar la colocación de prótesis pancreáticas plásticas asociada o no a dilatación de la estenosis con balón neumático. Estudios preliminares no controlados han sugerido que, la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles totalmente recubiertas y que pueden ser retiradas endoscópicamente, se puede aumentar la eficacia del tratamiento endoscópico en estos pacientes.

PO-16

SEPSIS ABDOMINAL SECUNDARIA A FISTULIZACIÓN COLÓNICA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Luis Téllez Villajos; Enrique Rodríguez de Santiago; José Luis Cuño Roldán; Eduardo Tavio Hernández; Marta Aicart Ramos; Ana García García de Paredes; Carlos Ferre Araclí; Lara Aguilera Castro; Ángel Cañete Ruiz, Antonio López San Román, Victor Moreira Vicente, Agustín Albillos Martínez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La formación de pseudoquistes pancreáticos tras una pancreatitis aguda es una complicación local frecuente, sin embargo la fistulización de los mismos es poco habitual¹. A pesar de que se han descrito fistulas a duodeno, espacio pleural e incluso a estructuras vasculares como la aorta², generalmente es el estómago la víscera afectada. Presentamos el caso de una paciente con sepsis abdominal en el contexto de una fístula pseudocistocólica.

CASO. Mujer de 86 años, con antecedente de un episodio de pancreatitis aguda biliar cinco años antes, con posterior desarrollo de un pseudoquiste pancreático que fue drenado mediante quistogastrostomía endoscópica tras lo cual permaneció asintomática.

Ingresa en nuestro Servicio por un cuadro de 3 días de dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre termometrada de hasta 38°C, leucocitosis, elevación de la procalcitonina a 11ng/ml y de la PCRreactiva a 30mg/dl.

Ante la sospecha de sepsis abdominal se solicitó una TC en la que destacaba la presencia de un pseudoquiste sin datos de complicación y cambios inflamatorios de la grasa mesentérica.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con meropenem, objetivándose posteriormente en los hemocultivos crecimiento de un estafilococo aureus meticilín-resistente por lo que se asoció linezolid. Dada la falta de mejoría se solicitó un nuevo estudio con TC en el que se visualizó la aparición de un nivel líquido y detritus en el interior del pseudoquite junto con cambios inflamatorios de la mucosa colónica adyacente. Ante la sospecha de aparición de una fístula del pseudoquite a colon se realizó un enema opaco que confirmó la presencia de la misma.

Se llevó a cabo una resección del ángulo esplénico del colon con anastomosis término-terminal y drenaje del pseudoquite con evolución favorable.

CONCLUSIONES. Las complicaciones a largo plazo de los pseudoquistes incluyen la sobreinfección. La comunicación con el colon, si bien rara, favorece este tipo de evolución.

PO-17

ESPIÑA DE PESCADO: CAUSANTE DE PERFORACIÓN DE ÍLEON DISTAL

Rocío Santos Rancaño⁽¹⁾, Carlos Cerdán Santacruz⁽²⁾, Óscar Cano Valderrama⁽³⁾, Norman Jael Cervantes Juárez⁽¹⁾, Marta Fernández-Nespral Lorin⁽¹⁾, Pablo Talavera Eguizabal⁽¹⁾, Luis Díez Valladares⁽¹⁾

⁽¹⁾ HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID. ⁽²⁾ CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID. ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

INTRODUCCIÓN. Las perforaciones intestinales por espina de pescado son muy poco frecuentes. Pasan por el tracto gastrointestinal sin incidencias, causando perforación en menos del 1% de los pacientes. La mayoría de pacientes no recuerdan la ingesta de pescado reciente, retrasando el diagnóstico.

CASO CLÍNICO. Mujer de 72 años con dentadura postiza y alteraciones en la deglución tras ictus cerebral. Acude por dolor abdominal en hipogastrio desde hace 12 horas. No náuseas ni vómitos. Afebril, abdomen distendido, muy doloroso en hipogastrio y Blumberg +. Analítica: neutrofilia y elevación de la PCR. Rx de abdomen: normal. CT: cambios inflamatorios en asa de íleon distal y una imagen lineal radio-opaca transparietal de 3 cm coincidiendo con el punto doloroso. No neumoperitoneo. Reinterrogada la paciente refiere ingesta de pescado previamente. Laparotomía exploradora: perforación ileal con gran inflamación alrededor. Se realiza resección intestinal y anastomosis L-L. Anatomía patológica: perforación intestinal con peritonitis abscesificada.

DISCUSIÓN. Se han descrito numerosos factores de riesgo en la ingestión de cuerpos extraños: enfermedad psiquiátrica, niños, ancianos, personas con dentadura postiza, etc. El lugar más frecuente de perforación es el íleon distal, píloro y unión rectosigmoidea.

El diagnóstico se suele retrasar ya que pueden pasar meses entre la ingestión y el absceso extramural o la perforación, la peritonitis o sepsis. La utilidad de la radiografía simple de abdomen es limitada (S<32%). La sospecha y realización temprana de un CT abdominal, donde se ve una imagen lineal calcificada rodeada de inflamación, y la resección del segmento de intestino afecto, son esenciales para prevenir las complicaciones.

CONCLUSIONES

- 1.) Las perforaciones intestinales por espinas de pescado son infrecuentes y casi anecdóticas.
- 2.) Constituyen un reto diagnóstico porque cursan con una sintomatología inespecífica y anamnesis difícil.
- 3.) La anamnesis, el CT abdominal y la resección del segmento afecto, son de gran ayuda para prevenir complicaciones.

PO-18

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA COLONOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE "MELENAS" CON ENDOSCOPIA ALTA NEGATIVA

María Lourdes Ruiz Rebollo⁽¹⁾, Luis Fernández Salazar⁽¹⁾, Benito Velayos Jiménez⁽¹⁾, Sara Gómez de la Cuesta⁽¹⁾, M^ª Fe Muñoz⁽²⁾, Edel Berroa de la Rosa⁽¹⁾, Guillermo González Redondo⁽¹⁾, Carla Tafur Sánchez⁽¹⁾, José Manuel González Hernández⁽¹⁾

⁽¹⁾ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ⁽²⁾ UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. El sangrado digestivo como "melenas" es frecuente en la práctica clínica. Su origen suele estar en el tracto digestivo superior. En ocasiones no se identifican lesiones en la gastroscopia.

OBJETIVO. Describir la rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia en los pacientes con sangrado digestivo en forma de "melenas"

PACIENTES Y MÉTODO. Pacientes con colonoscopia por la indicación de "melenas" entre Marzo 2004 - Julio 2012, con endoscopia digestiva alta negativa. Se dividió el colon en derecho (desde ciego hasta ángulo esplénico) e izquierdo, que incluía el resto. Datos recogidos: edad, sexo, comorbilidades, nivel de hemoglobina, paciente ingresado o ambulatorio, ingesta farmacológica, días entre endoscopia digestiva alta y baja, intubación cecal e ileal, calidad de la preparación, hallazgos endoscópicos, terapéutica realizada y cambios en el manejo del paciente.

RESULTADOS. 220 pacientes, 134 varones (61%) y 86 mujeres (39%), edad media 72,52±12,18. 44% tomaban antiagregantes o anticoagulantes. Ingesta de otras medicaciones 3,9 (rango 0-17). 82% pacientes presentaba comorbilidades. Hemoglobina media: 8,85± 2,4. Se intubó ciego en 92% de colonoscopias, íleon sólo en el 9%. 175 pacientes (80%) ingresados y 20% ambulatorios. Días entre endoscopia alta y baja: 5,51± 5,2 (3,6 días en ingresados y 12,8 en ambulatorios). La colonoscopia encontró un foco de sangrado en 79 pacientes (39%), 43 en colon derecho y 36 en colon izquierdo: Tumor: 12 colon derecho/ 13 colon izquierdo. Malformación arteriovenosa: 23 colon derecho/ 5 izquierdo. Pólipos avanzados: 2 colon drcho/ 4 izquierdo. Divertículo sangrante: 2 en colon derecho. Colitis isquémica: 2 colon derecho/ 7 en izqdo. Enfermedad inflamatoria intestinal: 1 en derecho/ 3 en izqdo. Colitis rádica: 2 en colon izquierdo. 3 pacientes tuvieron otras lesiones. Se realizó terapéutica endoscópica en 3 pacientes (1,4) y en 44 casos (56,4%) se cambió el manejo clínico del paciente

CONCLUSIONES.

- 1.- La rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia en el diagnóstico clínico de "melenas" es del 36%.
- 2.- La actuación terapéutica es baja (1,4%) lo cual sugiere que la mayoría de estos procedimientos se podrían hacer ambulatoriamente.
- 3.- Es una exploración rentable dado que en más de la mitad de los pacientes (56,4%) se cambió su manejo terapéutico.

PO-19

ANISAKIASIS INTESTINAL

Esther Colmenarejo García, Iñigo García Sanz, Elena Martín Pérez, Guillermo Fernández Díaz, Sergio Salido Fernández, Marcello Di Martino, Mar Achalandabaso Boira, Aroa Abascal Amo, Fernando Díaz Rojas

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La anisakiasis es una enfermedad causada por la parasitación del hombre por la larva del *Anisakis*, producida tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, provocando afectación gástrica, pero también intestinal, más rara. Una buena historia clínica, indagando en la toma de pescado crudo o poco cocinado puede orientarnos a un cuadro causado por este nematodo.

CASOS CLÍNICOS. Entre octubre 2001 y octubre 2011 se intervinieron en nuestro servicio 6 casos de anisakiasis intestinal. 5 casos referían ingesta de boquerones en vinagre en los días previos y 1 de ellos episodios previos de urticaria con la toma de boquerones. 5 de ellos presentaron un cuadro de obstrucción intestinal y uno de ellos hemorragia digestiva masiva. En 4 casos se realizó TC abdominal y en uno de ellos una arteriografía. Al ingreso 4 de ellos presentaron eosinofilia, pero la determinación de IgE y Prick test fueron positivos en todos los casos. A los 6 pacientes se les realizó resección del segmento de intestino delgado afecto. En el estudio anatomopatológico se objetivó en los casos de obstrucción enteritis eosinofílica con intenso infiltrado inflamatorio, siendo posible aislar la larva de *Anisakis* penetrando en la mucosa en 2 de los casos y en el caso de la hemorragia digestiva se apreció un granuloma eosinófilo. Todos los pacientes continúan asintomáticos tras la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES. La anisakiasis es una enfermedad infradiagnosticada que hay que tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo y obstrucción intestinal, siendo imprescindible indagar sobre la toma de pescado crudo o poco cocinado. El diagnóstico de certeza requiere la visualización de la larva. El mejor tratamiento es la prevención. La resección intestinal es curativa, pero en caso de obstrucción intestinal es aconsejable comenzar con medidas conservadoras. La eficacia de corticoides y antihelmínticos aún no está probada.

PO-20

EL EMPLEO DE LAXANTES DE CONTACTO COMBINADOS: DULCOLAXO® + CITRAFLEET® EVITA EL EFECTO ADVERSO SOBRE LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA INDUCIDO POR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

*Sarbelio Rodríguez Muñoz, Tomas Álvarez Malé,
Marta Sánchez Cazalilla*
CLÍNICA RUBER. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Tanto el IMC, como la edad y el sexo influyen en el riesgo de padecer adenomas y cáncer colorrectal. La forma en que afectan a la práctica de una colonoscopia permanece en discusión.

OBJETIVOS. Verificar el efecto de una pauta de combinación de laxantes sobre la calidad de la preparación de una colonoscopia y su efecto sobre las variables no modificables dependientes del paciente.

MÉTODOS. Realizamos un estudio prospectivo sobre 328 colonoscopias consecutivas. El IMC se calculó en Kg/m², el grado de limpieza del colon se calculó mediante la escala de Boston. La presencia de divertículos, el número total de pólipos y el tamaño del mayor detectado se emplearon como covariables. Se utilizaron 3 esquemas de preparación: 1.- dosis separadas el día anterior, 2.- dosis separadas la noche anterior y el día de la prueba y 3.- dosis separadas el mismo día de la colonoscopia.

RESULTADOS. El IMC no influyó en el grado de preparación tanto en la escala de Boston como en su agrupación en limpios y sucios (IMClimpios 25,42±3,79 IMCsucios 25,34±4,11, p=0.84. Los mayores de 65 años acudieron peor preparados p<0.006). El sexo y la presencia de divertículos no influyeron en el grado de preparación. El grado de limpieza fue mejor en aquellos que se prepararon el mismo día: Chi²= 31.35 p<0.0005. Tanto el IMC (p=0.006), como el sexo (p<0.0001), la edad (p=0.018) y un mejor grado de preparación (p=0.05) se asociaron a un mayor número de pólipos resecados. Un IMC alto se asociaba también a un mayor número de adenomas planos mayores de 9mm (p=0.01)

CONCLUSIONES. La preparación con combinada de laxantes de contacto en dos dosis separadas elimina los efectos deletéreos sobre la misma del IMC y del resto de los factores dependientes del enfermo que condicionan la calidad de la preparación, a excepción de la edad.

PO-21

ANEMIA FERROPÉNICA DE ORIGEN INSOSPECHADO.

Luis Manuel Vaquero Ayala, Begoña Álvarez-Cuenillas, Marta Aparicio Cabezudo, Laura Rodríguez Martín, Diana Joao, Nereida Fernández, Santiago Vivas Alegre, Ana Domínguez Carbajo, Jesús Espinel Díez, Díez Rodríguez, José Luis Olcoz Goñi

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. La anemia ferropénica, en ocasiones supone un reto diagnóstico. La endoscopia digestiva puede no advertir la causa. La causa endoscópica puede auxiliar en esta labor.

Presentamos el caso de una paciente consumidora de AINES, que tras abandonar su consumo tenía anemia.

CASO CLÍNICO. Mujer de 79 años, hipertensa sin otras medicaciones actuales. Presenta anemia microcítica y hipocrómica sin sangrados macroscópicos, que precisó la transfusión de 7 concentrados de hematíes. El resto de determinaciones analíticas y marcadores tumorales fueron normales. La gastroscopia con toma de biopsias duodenales no advirtió lesiones. La ileocolonoscopia y angioTC fueron normales. Una enteroscopia informó de engrosamientos murales en yeyuno. Finalmente se realizó una cápsula endoscópica (CE) observando lesiones concéntricas diafragmáticas de aspecto cicatricial de color balnquecino, en yeyuno, patognomónica de una enteropatía por AINES. Al reinterrogar a la paciente, se certificó el uso previo de antiinflamatorios y su ausencia de consumo en los últimos años. La administración crónica de hierro consiguió la normalización de la hemoglobina.

DISCUSIÓN. La enteropatía por AINES es una entidad que afecta a un elevado porcentaje de individuos. Los AINES provocan una inhibición de la ciclooxigenasa, bloqueando la producción de prostaglandinas en las áreas inflamadas.

Las estenosis diafragmáticas probablemente son una reacción secundaria al daño ulcerativo derivado de la ingesta crónica de AINES.

La persistencia de lesiones intestinales pese al cese del consumo de antiinflamatorios es debido al origen cicatricial de los anillos diafragmáticos. Estas lesiones pueden originar pérdidas microscópicas que, a largo plazo conducen a la anemia. Deberíamos pensar en esta posibilidad ante un cuadro ferropénico no filiado

PO-22

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE MELANOMA GASTROINTESTINAL CON PRIMARIO DE ORIGEN DESCONOCIDO

María López Ibáñez, Ibáñez Samaniego L, Caballero Marcos A, Díaz Ruíz R, Senent Sánchez

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

CASO CLÍNICO. Varón, 49 años, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y hernia discal L5-S1. Acude a Urgencias por dolor dorsal y episodio de vómito hemático manteniéndose hemodinámicamente estable y sin anemia. Se realiza gastroscopia observándose en estómago numerosas lesiones sobrelevadas pediculadas con centro ulcerado de 3-6mm y coloración grisácea; en duodeno se identifican múltiples lesiones planas de 2-4mm de coloración negra. Se toman biopsias con hallazgo de mucosa gástrica con infiltración extensa por melanoma (inmunohistoquímica positiva para S-100, HMB-45 y MelanA). El estudio de extensión demostró metástasis en mesenterio, retroperitoneo, hígado y columna dorsal. La exploración cutánea no identificó lesiones potencialmente sospechosas. Se diagnóstica de melanoma BRAF mutado estadio-IV sin primario localizado. Se inicia tratamiento quimioterápico con dabrafenib y trametinib durante 8 semanas. Comienza posteriormente tratamiento con dacarbazina y radioterapia dorsal por progresión tumoral, con mala tolerancia. Actualmente recibe tratamiento con Ipilimumab (anticuerpo monoclonal frente a CTLA-4), presenta una supervivencia desde el diagnóstico de 10 meses; según criterios RECIST la enfermedad tumoral permanece estable y analíticamente destaca anemia microcítica e hipocroma.

DISCUSIÓN. La incidencia de melanoma está aumentando en los últimos años. Si el diagnóstico es precoz, el pronóstico es bueno tras la escisión de la lesión cutánea. En otras ocasiones el diagnóstico se produce cuando hay afectación a distancia puesto que el melanoma tiene alta capacidad para metastatizar. La afectación del tracto gastrointestinal por metástasis de melanoma es frecuente; sin embargo, en pocas ocasiones presenta manifestaciones clínicas. La extensión del melanoma al tracto gastrointestinal ensombrece el pronóstico. Se puede plantear tratamiento quirúrgico si la diseminación entérica es exclusiva y afecta a un segmento definido. En caso contrario es necesario tratamiento sistémico con quimioterapia. Ante un paciente con antecedente de melanoma y exteriorización de sangrado digestivo o anemia ferropénica se debe plantear la posibilidad de metástasis en el tracto gastrointestinal.

PO-23

PERFORACIÓN INTESTINAL POR ESPINA DE PESCADO

Irene Pérez Enciso, Sergio Casabona Francés, Francisco Sánchez Ceballos, Carmen Poves Francés, Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Las perforaciones intestinales por cuerpo extraño son poco frecuentes. La gran mayoría de los cuerpos extraños que se ingieren avanzan por el tracto intestinal sin causar complicaciones. Sólo menos del 1% provoca una perforación intestinal.

CASO CLÍNICO. Varón de 67 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio y diverticulosis, que acudió a urgencias por

cuadro de 10 horas de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio. Afebril con heces de características normales. A la exploración abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, con signos de irritación peritoneal de predominio en zona periumbilical derecha, y ruidos hidroaéreos aumentados en hemiabdomen derecho. En la analítica se observaba discreta neutrofilia, sin leucocitosis. Radiografía de tórax sin signos de neumoperitoneo y radiografía de abdomen con heces en marco cólico derecho sin niveles hidroaéreos. La ecografía abdominal fue informada como normal.

Ante la persistencia de la clínica y la exploración claramente patológica se solicitó TC abdominal, siendo compatible con perforación de yeyuno distal secundaria a cuerpo extraño de morfología lineal, probablemente una espina de pescado. Se intervino quirúrgicamente realizándose resección de 12 cm de intestino delgado con anastomosis latero-lateral. (*Adjunto iconografía*)

El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta a la semana de la intervención.

CONCLUSIONES. La causa más frecuente de perforación intestinal por cuerpo extraño son las espinas de pescado, siendo la perforación yeyunal relativamente infrecuente, con una incidencia estimada de 14,3%. Esta entidad constituye un reto diagnóstico, ya que a pesar de una anamnesis dirigida, el paciente rara vez refiere ingesta consciente del cuerpo extraño. El cuadro clínico inicial es inespecífico y tanto la analítica como la radiografía pueden ser anodinas. La ecografía tiene un papel muy limitado en estos casos, siendo la prueba de elección la TC abdominal.

PO-24

EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y COLONOSCOPIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Camilo Padilla Suárez, A Caballero Marcos, G Pérez Rial, R Díaz Ruíz, C González Azanza, B Merino, O Nogales, P Menchén Fernández Pacheco

HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Como todo procedimiento invasivo la endoscopia tiene riesgo de complicaciones, si bien la mayoría de ellas menores.

MATERIALES Y MÉTODOS. Revisamos retrospectivamente los datos de los pacientes a los que se realizó colonoscopia (todas las exploraciones) o gastroscopia (se revisaron todos los procedimientos en que se realizó alguna terapéutica y el 30% de las exploraciones diagnósticas) en nuestro centro en los meses de Marzo y Junio de 2013.

RESULTADOS. En el periodo estudiado se incluyeron 253, con una media de edad de 60 años, 51.8% hombres. El 19% se realizaron de forma urgente. En 40% se realizó algún tipo de terapéutica. Se presentaron complicaciones en 10 pacientes (3.9%): hemorragia 2/10 (autolimitadas a la exploración), perforación 2/10 (tras la colocación de un balón de Sengstaken que produjo el exitus del paciente y neumomediastino tras biopsia esofágica manejado conservadoramente), infección leve 3/10 tras la colocación de PEG y depresión respiratoria 3/10 autolimitada a la exploración.

Se realizaron 788 colonoscopias; la media de edad fue 63 años, 49.4% hombres. 2.4% se realizaron de forma urgente; en el 91% se realizó intubación cecal, el tiempo medio de retirada fue 7.8 minutos, el 10.6% estaban mal preparados para la exploración. En 38.8% se realizó alguna terapéutica. Se presentaron 9 complicaciones (1.1%), en todas se había realizado polipectomía: Hemorragia 7/9

todas ellas autolimitadas y tratadas endoscópicamente, dolor abdominal 2/9 de intensidad moderada resueltos con tratamiento médico.

CONCLUSIONES. La endoscopia digestiva es un procedimiento seguro y eficaz, el riesgo de complicaciones aumenta si se realiza terapéutica durante la exploración. En nuestro centro la tasa de complicaciones se ajusta a lo descrito en la literatura.

PO-25

COLON EN ARAÑAZO DE GATO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Muñoz López Diego, Ruano Díaz Lucía, Navajas León Francisco Javier, Blanco González José Javier, Romero Gutiérrez Marta, Vargas González Carlos Andrés, Rivas Maldonado Patricia, Jordán Castro Junior Alexander, Gómez Rodríguez Rafael

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO.

INTRODUCCIÓN. El "colon en arañazo de gato" (CAG) es un hallazgo endoscópico caracterizado por la presencia de lesiones lineales, brillantes y eritematosas en la mucosa colónica. Existe una prevalencia del 0.25%, siendo más frecuente en mujeres de edad avanzada. En pacientes no operados, esta entidad solo está descrita afectando a colon ascendente y ciego. Se ha asociado con colitis colágena (14%), colitis de exclusión, colestasis maligna o AINES. La mayoría son pacientes sanos y las biopsias suelen hallar mucosa normal. Las colonoscopias no suelen presentar complicaciones. A día de hoy la prevalencia, patologías asociadas y factores desencadenantes no han sido adecuadamente aclarados. El factor etiopatogénico más importante parece ser el barotrauma inducido por el aire durante la colonoscopia, especialmente en pacientes con una elasticidad colónica reducida.

CASO CLÍNICO. Mujer de 74 años diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se realiza colonoscopia por sangre oculta en heces positiva. Asintomática. No tomaba AINES. Preparación con Picosulfato sódico y sin enema previo. Al introducir el endoscopio en recto se visualizaron múltiples lesiones eritematosas lineales, friables al roce del endoscopio, sugestivas de Colon en arañazo de gato. La colonoscopia fue completa y técnicamente no fue complicada encontrando como otros hallazgos la presencia de diverticulosis sigmoidea. Se tomaron biopsias de colon ascendente y de las lesiones rectales siendo ambas biopsias informadas como normales.

CONCLUSIONES. El CAG es una entidad rara que se ha descrito siempre afectando a colon ascendente y ciego. En nuestro caso, ponemos de manifiesto que la afectación en otros lugares del colon es posible en pacientes no operados. Asimismo, debe existir algún mecanismo etiopatogénico diferente al barotrauma por el que se formen estas lesiones ya que la afectación rectal existía desde la introducción del colonoscopio. Hacen falta más estudios pero el LES podría tener cierto papel en la etiología del CAG.

PO-26

CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE "MELENAS".

María Lourdes Ruiz Rebollo, Benito Velayos Jiménez, Rocío Aller de La Fuente, Carla Tafur Sánchez, Edel Berroa de La Rosa, Guillermo González Redondo

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. El diagnóstico de "melenas" es frecuente en clínica. Su origen suele encontrarse en tracto digestivo superior y, menos frecuentemente, en colon. En ocasiones, no se encuentra el foco tras realizar endoscopia digestiva alta y baja. En estas situaciones, la cápsula endoscópica estaría indicada para visualizar el intestino delgado.

OBJETIVO. Valorar el uso de la cápsula endoscópica en pacientes diagnosticados de "melenas" con gastroscopia y colonoscopia negativas.

PACIENTES Y MÉTODO. Pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva en forma de "melenas" atendidos en nuestro Servicio entre Marzo 2004 y Julio 2012 con endoscopia digestiva alta y baja normales. Datos recogidos: edad, sexo, comorbilidades, nivel de hemoglobina, ingesta farmacológica, hallazgos en cápsula y cambios en el manejo del paciente.

RESULTADOS. 1204 pacientes diagnosticados de "melenas". En 1063 pacientes se encontró el origen del sangrado (973 en tracto digestivo superior y 90 en colon). Por tanto, en 141 pacientes el sangrado se consideró "oculto". A 32 de ellos (22,7%) se les realizó cápsula endoscópica. 18 varones (56%) y 14 mujeres (44%), edad media 72 años (rango 49-89). 62% presentaban 1 o ninguna comorbilidad asociada. 18 pacientes (56%) tomaban medicación antiagregante/anticoagulante y 87% consumían otros fármacos. Hemoglobina media 7,5 grs/dl (rango 4-11). La cápsula fue diagnóstica en 25 pacientes (78%). Hallazgos: Angiectasias 17 pacientes, 1 paciente con tumor GIST, 3 pacientes con lesiones erosivas, 2 Crohn delgado y 2 con atrofia vellositaria; en 12 de estos pacientes (48%) se cambió su manejo clínico.

CONCLUSIONES.

1.- En nuestro medio la cápsula endoscópica en el diagnóstico de "melenas" de origen oscuro se utilizó en un 23% de casos, encontró hallazgos positivos en el 78% de los pacientes y sirvió para cambiar de manejo clínico en la mitad de ellos.

2.- Dado que es una técnica sencilla, con buena tolerancia y muy buena rentabilidad diagnóstica, se debería incrementar su uso en el diagnóstico de "melenas" de origen oscuro.

PO-27

ESQUISTOSOMIASIS INTESTINAL

María Arranz Álvarez, Patricia Mateos Sánchez, Alba Martínez Sánchez, Francisco Luis Sánchez Ceballos, Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La esquistosomiasis es una enfermedad producida por platelmintos de la clase trematodos, que se contrae por contacto directo de la piel con aguas contaminadas. Es una entidad endémica de países en vías de desarrollo, principalmente en África. La sintomatología se produce por la respuesta inmune al parásito pudiendo afectar a diferentes órganos, entre ellos intestino e hígado.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 44 años de edad, fumador, sin otros antecedentes de interés, consulta por malestar general y sensación distérmica de dos semanas de evolución, acompañado de tos, odinofagia, mialgias, artralgias, debilidad generalizada y cefalea de predominio frontal. Además presenta ictericia conjuntival, heces pastosas ligeramente hipocólicas, orina colúrica, prurito en palmas y miembros inferiores. La exploración física es anodina.

Análiti-camente destaca una PCR 12.90 y elevación de encimas de colestasis y citolisis, con BrT 9.2 a expensas de directa, siendo el resto de parámetros normales. Se realiza ecografía abdominal con hígado aumentado de tamaño, vena porta de 14 mm, vesícula biliar mínimamente engrosada y bazo aumentado de tamaño (191 mm).

El paciente había permanecido en Angola durante 8 meses, regresando 5 meses antes del comienzo de los síntomas. Se realizan serología de virus hepatotropos, Coxiella, Rickettsia, Leishmania, rosa de bengala, gota gruesa, hemocultivos y coprocultivos, siendo todo negativo excepto la determinación de parásitos en heces, donde se observan huevos de Schistosomamansonii. Presentado el paciente buena evolución clínica y analítica con el tratamiento con Praziquantel.

CONCLUSIÓN. Cada vez es más frecuente encontrar enfermedades endémicas de otros países, debido a los movimientos migratorios. Es importante tener en cuenta los antecedentes del paciente a la hora de realizar el diagnóstico de patologías que son poco frecuentes en nuestro medio.

PO-28

ROL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN MAYORES DE 70 AÑOS

Jamanca Poma YM, Prieto Bermejo AB, Mora Soler A, Acosta Materán R, Pérez Corte D, Umaña Mejía J, Sánchez Garrido A, Velasco Guardado A, Geijo Martínez F, Rodríguez Pérez A

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

Existen pocos estudios que determinan la factibilidad de la exploración en pacientes mayores de 70 años con sospecha de hemorragia digestiva de origen oscuro (HDO) y otras indicaciones.

OBJETIVO. Determinar si existen diferencias en la exploración por VCE en pacientes mayores de 70 años y menores o igual a 70 años

MÉTODO. Se revisaron los estudios realizados a 228 pacientes entre Abril del 2010 y Junio del 2013. Se compararon datos técnicos y datos clínicos de la exploración en ambos grupos.

RESULTADOS. De los 228 estudios el 45.5% eran mayores de 70 años con una media de edad de 78.75, y el 54.5% menores de 70 años con una media de 50.31.

La tasa de hallazgos positivos fue de 59.6%. La tasa de exploraciones completas fue 85.2%.

Los tiempos de tránsito gástrico e intestinal en mayores de 70 años fue 36.17min y 254.83min; en menores de 70 años, 35.28min y 248.40min respectivamente. La tasa de hallazgos positivos fueron 63% y 57%, La tasa de exploraciones completas 81% y 88% respectivamente; En relación a la proporción de lesiones extraintestinales y las lesiones encontradas las diferencias no fueron significativas.

Se encontraron diferencias significativas en mayores de 70 y menores o iguales de 70 cuando las indicaciones fueron: HDO con 67% y 48%, sospecha de EII con 0 y 7%, y diarrea con 1% y 10%.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN. La edad no afecta la tasa de exploraciones completas, la calidad de la preparación, los tiempos de tránsito, ni tampoco la posibilidad de encontrar lesiones en la CE.

La sospecha de EII y la diarrea son más frecuentes en menores de 70 años, siendo la HDO oculto en mayores de 70 años.

A diferencia de otras series nosotros no encontramos diferencias en cuanto a las lesiones encontradas en la VCE.

PO-29

DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POR ECOENDOSCOPIA. PRÓTESIS BILIAR METÁLICA TIPO LINK.

A de Pedro Esteban⁽¹⁾, A Ibáñez Pinto⁽¹⁾, ML Legaz Huidobro⁽²⁾, M Valbuena González⁽¹⁾, J J Pérez Poveda⁽¹⁾, E Hernández Surmman⁽¹⁾, A Sánchez Gómez⁽¹⁾

⁽¹⁾ SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DEL HENARES. ⁽²⁾ HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. ALCÁZAR DE SAN JUAN (CIUDAD REAL).

INTRODUCCIÓN. Entre el 20 y 40% de las PC desarrollan pseudoquiste en 5 años desde el diagnóstico. Se indica tratamiento cuando el pseudoquiste perpetúa los síntomas, crece o se complica. El tratamiento endoscópico transgástrico, se realiza cuando la lesión protruye en pared, y con ecoendoscopios terapéuticos, se puede localizar la lesión y colocar prótesis de drenaje en un solo paso.

CASO CLÍNICO. Paciente de 34 años, fumador de 20 cig/d, bebedor de 80 gramos de alcohol/d. Diagnosticado de pancreatitis crónica alcohólica en 2008. Varios ingresos por reagudizaciones en 2010. Pseudoquiste pancreático en cola pancreática que fistulizó a cavidad pleural, precisó ingreso en UCI, colocación de tubo torácico y toracocentesis evacuadoras repetidas. Segundo episodio de rotura a cavidad abdominal libre que requirió laparotomía y drenaje quirúrgico (noviembre 2010). Fístula pancreato-cutánea posterior, fue tratada con octeótride con buen resultado. Nuevo ingreso en UCI en agosto 2011, por reagudización grave asociada a shock séptico. Rotura del Wirsung con fistulización hacia pared abdominal y retroperitoneo tratada con drenajes percutáneo y esfinterotomía pancreática. Evolución posterior favorable pero desarrollo de pseudoquiste pancreático comunicado con wirsung que fue creciendo progresivamente durante el verano-otoño 2012, comprimiendo pared gástrica. En noviembre 2012 se realiza drenaje de pseudoquiste pancreático de unos 8 cm de diámetro, con signos de complicación, mediante ecoendoscopia, practicando una quisto-gastrostomía endoscópica y colocando prótesis metálica autoexpandible cubierta gastro-quistica de 20mm (longitud) x12 mm (diámetro) y 8.5 F tipo Link, desapareciendo pseudoquiste completamente en TAC tres meses después (marzo 2013), retirándose prótesis. En revisión clínica 6 meses después se encuentra asintomático, no visualizándose colección residual.

CONCLUSIONES. El drenaje de pseudoquistes mediante ecoendoscopia ha demostrado ser eficaz y mínimamente invasivo. La colocación de prótesis metálica cubierta autoexpandible tipo Link, dada su longitud y morfología de diámetro, previene migración y aporta suficiente calibre que asegura el drenaje.

PO-30

UTILIDAD DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA (VCE) EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA.

Rosanna Villanueva Hernández, Natividad Sánchez-Manjavacas Muñoz, M^a Esther Bernardos Martín, Emilia Ma Tebar Romero, Esperanza Romero Rodríguez, M^a Luisa Legaz Huidobro, Oscar Roncero García-Escribano, Carmen López Navarro, Sami Aoufi, Francisco Pérez Roldán, Pedro Santiago González Carro

HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO.
ALCÁZAR DE SAN JUAN (CIUDAD REAL)

OBJETIVO: describir y analizar el uso de VCE en pacientes con hemorragia digestiva aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo-retrospectivo. Tomamos todas las exploraciones realizadas en nuestro centro con PillCam-SB2®, entre marzo/2008 y agosto/2013; seleccionando todo paciente con: hemorragia digestiva aguda (melenas, hematoquecia o rectorragia) y repercusión clínica (anemización progresiva, hipotensión y taquicardia) requiriendo hospitalización sin monitorización intensiva (UCI); a todos ellos se les realizó endoscopia alta y colonoscopia completa (en las primeras 24 horas) sin hallazgos que justificasen el sangrado. Se les realizó VCE en las primeras 36-48 horas.

RESULTADOS. De un total de 207 VCE, se identificaron 6 con los criterios anteriormente expuestos. La edad media fue 62,8+19,9 años. El 66% (4) fueron mujeres; 2 se encontraban en estudio ambulatorio por anemia en meses previos. Al ingreso: 4 (66%) presentaron melenas y uno rectorragia importante; los niveles de hemoglobina (Hb) oscilaron entre 6,7 y 9 g/dl; una media transfusional de 4 + 2 bolsas de concentrados hematíes. Estancia media hospitalaria fue 7,1 días (rango entre 5-14 días). En 5 (83%) se identificaron lesiones con sangrado activo; la angiodisplasia fue la lesión más detectada (50%), seguida de úlceras de ID (33%); en uno, no se visualizó lesión. La zona más afectada fue yeyuno (3 casos). Tras la VCE, 3 se trataron endoscópicamente, fracasando un caso y optándose por cirugía (resección intestinal); a uno se le pautó octreotride; otro recibió tratamiento específico para Enfermedad de Crohn. Durante el ingreso, 2 paciente fueron exitus: uno por IAM y otro por complicaciones postquirúrgicas; el resto fue seguido de forma ambulatoria, normalizando sus niveles de Hb. Un caso tuvo resangrado al año del episodio.

CONCLUSIONES. La VCE en las primeras 36-48 horas, parece ser útil para el diagnóstico de la hemorragia digestiva aguda, orientando a un tratamiento oportuno.

PO-31

COLONOSCOPIA COMO CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

B Arberas-Díez, C Chavarría-Herbozo, J Mendoza-Ridruėjo
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, IP, CIBEREHD. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La colonoscopia es la técnica de elección para el cribado del CCR. La mala adherencia por tratarse de una prueba invasiva y su coste son sus principales limitaciones.

OBJETIVO. Analizar los resultados obtenidos en nuestro centro con la colonoscopia como método de cribado del CCR.

MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes asintomáticos sometidos a una primera colonoscopia de cribado en nuestro hospital entre el 1 de Julio de 2012 y el 1 de Julio de 2013. Se recogió información sobre las características demográficas y los hallazgos en la colonoscopia.

RESULTADOS. Se incluyeron 576 pacientes (46% varones, edad media 57,8 años). En el 31,8% de los pacientes la colonoscopia resultó positiva. La tasa de detección de adenomas fue del 25,5% y si incluimos los pólipos hiperplásicos, ésta asciende hasta el 30,4%. El 32,6% de los pólipos adenomatosos fueron pólipos de alto riesgo. La localización de los pólipos fue: 56,3% en colon izquierdo o recto, 21,3% en colon derecho y 17,8% en colon derecho e izquierdo. En 8 pacientes (1,4%) se detectó la presencia de un tumor en el

momento de la exploración, siendo en todos los casos adenocarcinoma. Las localizaciones más frecuentes fueron colon derecho y recto (37,5% cada una).

CONCLUSIÓN. La colonoscopia sigue siendo el método de cribado de elección del CCR. La tasa de detección de adenomas en nuestro centro fue del 25,5%, permitiendo eliminar pólipos adenomatosos antes de su evolución a adenocarcinoma.

PO-32

COMPLICACIONES DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG): EXPERIENCIA DE 15 AÑOS.

B Arberas-Díez, D Burgos-Santamaría, L García-Buey
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, IP, CIBEREHD. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La PEG se ha convertido en la técnica de elección para proveer nutrición enteral a largo plazo. Se considera una técnica segura, pero hay pocos estudios que evalúen la tasa de complicaciones y los posibles factores de riesgo asociados.

OBJETIVO. Evaluar la tasa de complicaciones inmediatas y tardías de la PEG, así como los posibles factores de riesgo asociados.

MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a PEG en nuestro centro desde Agosto de 1998 hasta Agosto de 2013. Se recogió información sobre características demográficas y clínicas. Se evaluó la tasa de complicaciones y la posible relación con la diabetes o la desnutrición.

RESULTADOS. Se incluyeron 254 pacientes (57% varones, edad media 68 +/- 17 años). Las indicaciones de gastrostomía fueron: enfermedades neurológicas 71,3% (ACVs, demencias, otras), neoplasias 25,6% (neoplasias de cabeza y cuello y esofágicas fundamentalmente) y otras 3,1%. El 11,8% de los pacientes presentaron complicaciones inmediatas siendo las más frecuentes la gastroparesia y la perforación de víscera hueca. Un total de 5 pacientes (2%) fallecieron como consecuencia directa del procedimiento: 2 por neumonía aspirativa y 3 por peritonitis secundaria. El 13,4% presentó complicaciones tardías entre las que destacan: retirada involuntaria (5,1%), fuga perisonda (2,8%) e infección de la herida (1,6%). En el análisis por subgrupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones en los pacientes diabéticos. Sin embargo, los pacientes con desnutrición presentaron una tasa de complicaciones inmediatas superior a la de los pacientes bien nutridos (18,8% vs. 5,8%, p= 0,001).

CONCLUSIONES. Las enfermedades neurológicas son la indicación más frecuente de colocación de sondas PEG en nuestro medio. Se trata de un procedimiento seguro, con una tasa de complicaciones y mortalidad bajas. La desnutrición se asoció a una mayor tasa de complicaciones.

PO-33

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CASO CLÍNICO.

Verónica Martín D, María Caldas, Almudena Marinero, Jorge Mendoza

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

INTRODUCCIÓN. El hemosuccus pancreaticus es una patología muy poco frecuente definida como la presencia de sangrado a tra-

vés de la papila de Water procedente del conducto pancreático; en muchas ocasiones en relación con pseudoaneurismas. La presentación clínica típica consiste en epigastralgia, hemorragia gastrointestinal e hiperamilasemia. El diagnóstico suele ser difícil dada su presentación intermitente y fugaz con ausencia de hallazgos específicos en las pruebas complementarias; englobándose dentro del diagnóstico diferencial de la hemorragia gastrointestinal de origen oscuro.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 51 años de edad con el diagnóstico previo de pancreatitis crónica que acudió repetidamente al Servicio de Urgencias por cuadros de dolor abdominal epigástrico brusco, asociados a hematemesis que producían alivio del dolor. Se realizaron varias endoscopias digestivas altas (EDA), TAC y cápsulas endoscópicas sin encontrar hallazgos significativos. En una de las EDA realizadas se observó sangrado activo en duodeno sin objetivarse lesión en la mucosa intestinal. Aunque en un primer momento se llevó a cabo un angioTC que resultó no concluyente, posteriormente se realizó una arteriografía abdominal hallándose un pseudoaneurisma dependiente de la arteria pancreatoduodenal inferior que se embolizó con coils. Un mes más tarde el paciente volvió a presentar similar cuadro clínico, requiriendo nueva embolización con coils y Spongostan®. En los tres meses de seguimiento el paciente no ha presentado nuevos episodios.

CONCLUSIÓN: el hemosuccus pancreaticus es una entidad poco frecuente y difícil de diagnosticar. El presente caso clínico es una buena muestra de ello. Se debe pensar en esta entidad ante pacientes con dolor abdominal y hemorragia digestiva alta de origen desconocido en el contexto.

PÓSTER: SECCION HEPATOLOGÍA

PO-34

CARCINOMA HEPATOCELULAR LOCALMENTE INVASIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Katerina Klímová, Camilo Padilla Suárez, María López Ibáñez, Gerardo Clemente Ricote, Ana Matilla Peña

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID, ESPAÑA

INTRODUCCIÓN. El carcinoma hepatocelular es el tumor hepático primario más frecuente. Gracias al avance en el diagnóstico y tratamiento, su pronóstico ha mejorado significativamente en los últimos años. Como consecuencia, ha aumentado la incidencia de metástasis. Metástasis a tracto digestivo superior son poco frecuentes y se describen en 0.7–2% de todos los casos, y pueden ocurrir por diseminación hematogena o peritoneal, por invasión directa, o como consecuencia de tratamientos previos. La mayoría es asintomática, aunque pueden presentar con hemorragia digestiva.

CASO CLÍNICO. Presentamos un caso de un varón de 66 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa por dolor abdominal y alteración del perfil hepático (ALT 104.00 U/l, AST 94.00 U/l, bilirrubina total 1.09 mg/dl, GGT 762.00 U/l, fosfatasa alcalina 987.00 U/l), con estudio de hepatopatía negativo. Se realiza ecografía abdominal, observándose hígado aumentado de tamaño desestructurado por ocupación por grandes lesiones tumorales que afectan ambos lóbulos y la presencia de trombosis con criterios que sugieran malignidad afectando a porta derecha y segmento transverso de la izquierda. Ampliamos estudio con TC abdominal con contraste, confirmándose la presencia de tumor multicéntrico en íntimo contacto con la pared gástrica, y trombosis portal maligna. Se procede una biopsia de la lesión hepática, etiquetada como carcinoma hepatocelular de mediano grado de madurez.

Posteriormente, se lleva a cabo una endoscopia digestiva alta, en la que se observa una lesión proliferativa, hipervascularizada, localizada en la cara posterior de la curvatura mayor. Se toman biopsias, y análisis inmunohistoquímico de las muestras con marcadores positivos (Cd 10, Ck 19, Ae1/Ae3, CEA y glicpican) confirma que se trata de invasión gástrica por hepatocarcinoma adyacente.

El paciente presenta una evolución clínica desfavorable, con desarrollo progresivo de descompensación edematoascítica y deterioro de la función hepática y renal, y fallece a las 8 semanas del diagnóstico.

PO-35

COMPARACIÓN DE LA ADHERENCIA Y CINÉTICA VIRAL ENTRE LA DOSIFICACIÓN CADA 8 Y CADA 12 HORAS EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA VIRUS C TRATADOS CON TELAPREVIR

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

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

INTRODUCCIÓN. Recientemente se ha aprobado la dosificación cada 12 horas del tratamiento con telaprevir asociado a interferón pegilado y ribavirina en el tratamiento de la hepatopatía crónica virus C genotipo 1.

El objetivo de nuestro estudio fue comparar la adherencia al tratamiento, tolerancia al mismo y la respuesta viral en las primeras doce semanas entre los pacientes en los que el telaprevir se administró cada 8 horas y cada 12 horas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizaron los datos de tolerancia, adherencia y cinética viral de las 12 primeras semanas de los 63 pacientes que iniciaron triple terapia basada en telaprevir en nuestro Centro.

RESULTADOS. A 33 de los 63 pacientes se les administró el telaprevir cada 12 horas y a 30 cada 8 horas. No existieron diferencias en las características basales entre los dos grupos de pacientes. La adherencia fue similar entre ambos grupos, abandonando el tratamiento por intolerancia un paciente de los tratados cada 8 horas y dos del grupo de 12 horas. Consiguieron respuesta viral rápida el 87,88% de los pacientes tratados cada 12 horas y el 83,33 de los tratados cada 8 horas. En semana 12 presentaban carga viral indetectable el 82,75% de los tratados cada 12 horas y el 86,66% de los tratados cada 8 horas.

CONCLUSIONES. La administración de telaprevir cada 12 horas en el tratamiento de la hepatopatía crónica virus C genotipo 1 consigue la misma eficacia en las primeras 12 semanas de tratamiento que administrado cada 8 horas con mejor aceptación por parte del paciente aunque con los mismos porcentajes de adherencia y abandono por intolerancia.

PO-36

EDEMA FACIAL, HIPERTRANSAMINASEMIA Y ELEVACIÓN DE ENZIMAS PANCREÁTICAS. UN SÍNDROME POCO CONOCIDO.

Luis Téllez Villajos; Enrique Rodríguez de Santiago; José Luis Cuño Roldán; Eduardo Tavío Hernández; Marta Aicart

Ramos; Ana García García de Paredes; Carlos Ferre Aracil; Lara Aguilera Castro; Ángel Cañete Ruiz, Antonio López San Román, Víctor Moreira Vicente, Agustín Albillas Martínez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una entidad cuyo diagnóstico suele demorarse si no se incluye desde un principio en el diagnóstico diferencial de pacientes polimedicados. Tradicionalmente se ha asociado al uso de anticonvulsivantes y sulfonamidas¹. A continuación describimos un caso asociado a la toma de hipolipemiantes o de una combinación de fármacos antihipertensivos.

CASO. Mujer de 60 años que ingresó en nuestro Servicio por un cuadro de 48 horas de evolución consistente en prurito, picos de fiebre termometrada de hasta 38°, mialgias y artralgias generalizadas junto con disnea de pequeños esfuerzos de nueva aparición. Desde 36 días antes, recibía tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida, fenofibrato y atorvastatina;

En la exploración física destacaban la presencia de crepitantes bibasales secos teleinspiratorios, edema facial y placas eritematodescamativas en rostro, escote, dorso de brazos y pies. En la analítica sanguínea, creatinina 1,7 mg/dl, GOT 373 U.I/l, GPT 401 U.I/l, Leucocitos 7.000/mm³ (19% eosinófilos), amilasa 202 UI/l, lipasa 346 UI/l y PCRreactiva 10,5 mg/L

Al ingreso se suspendió toda su medicación y se inició corticoterapia tópica con buena respuesta de las lesiones dermatológicas. Al tercer día la paciente presentó aumento de la disnea hasta hacerse de reposo, así como incremento en los valores de creatinina, transaminasas y eosinófilos en sangre; motivo por el cual se pautó prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Tras 10 días de tratamiento intrahospitalario se encontraba asintomática y con clara mejoría de los parámetros analíticos por lo que fue dada de alta sin haber presentado recaídas hasta la fecha.

CONCLUSIÓN. El síndrome de DRESS conlleva una mortalidad cercana al 10%. Debemos tenerlo presente ante elevaciones agudas de enzimas hepáticas acompañadas de otra semiología en pacientes que han iniciado un nuevo tratamiento farmacológico.

PO-37

RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICA DE MELANOMA AMELANÓTICO ¿QUÉ HACER?

Aro Abascal Amo, Isabel Alonso Diego, Esther Colmenarejo García, Guillermo José Fernández Díaz, Sergio Salido Fernández, Elena Martín Pérez, Luis Sánchez-Urdazpal, Fernando Díaz Rojas

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El melanoma maligno (MM) puede metastatizar por vía hematogena siendo el hígado el tercer órgano afectado por frecuencia (55-75%). Los MM cutáneos se asocian más a enfermedad extrahepática a diferencia de los MM corioideos. La indicación de resección hepática es limitada debido a que las MH suelen ser múltiples, no reseccables técnicamente o asociadas a múltiples focos metastásicos.

CASO CLÍNICO: mujer, 61 años. Intervenida en 2011 de melanoma amelanótico nivel IV de Clark, 6,5 mm de espesor (índice de Breslow) en hombro derecho, tratada posteriormente con interferón que precisó reducción de dosis por hepatotoxicidad. En TC 2012: nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho (LSD) sugestivo de metástasis. En hígado pequeñas lesiones hipocaptantes. PET-TC: lesiones sopechosas de malignidad. RM hepática: lesión de 2,5 cm en lóbulo hepático izquierdo con características de

metástasis. Resección de nódulo en LSD con diagnóstico de melanoma sin afectación pleural. Posteriormente ingresa con protocolo de rehabilitación multimodal hepática ERAS (enhanced recovery after surgery) en Cirugía para resección atípica de lesión del segmento III hepático. AP: Metástasis de melanoma (2,5 cm) amelanótico, subcapsular, con borde quirúrgico libre. Evolución favorable cumpliendo criterios de alta el cuarto día sin incidencias.

CONCLUSIÓN. El melanoma amelanótico es una forma nodular de lesión apigmentada más frecuente en extremidades y con peor pronóstico inicialmente por la dificultad del diagnóstico. El tiempo entre el diagnóstico del MM y la MHM suele ser elevado, la tasa de enfermedad extrahepática y la supervivencia a los 5 años es muy variable. Los avances en la cirugía hepática y la importante disminución morbimortalidad de la hepatectomía, logran que la resección hepática de MHM esté indicada si la lesión está limitada al hígado o si la enfermedad extrahepática es reseccable. El número de MHM no es un factor determinante pero si la MHM es única, se obtienen mejores resultados.

PO-38

COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A PÓLIPO ADENOMATOSO PAPILAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GARDNER

José Luis Cervantes González, Martínez Herreros A, Martínez Garabitos E, Escrich Iturbe V, Somalo Altuzarra JM, Sacristán Terroba B

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LOGROÑO, LA RIOJA.

INTRODUCCIÓN. El síndrome de Gardner (SG) es una variante de la poliposis adenomatosa familiar (PAF) caracterizado por múltiples pólipos de colon y manifestaciones extracolónicas, además de pólipos gastroduodenales y de intestino delgado.

Presentamos un paciente con SG que ingresa por colangitis secundaria a obstrucción biliar por pólipo adenomatoso papilar.

CASO CLÍNICO. Mujer de 43 años diagnosticada de SG que ingresa por dolor en hipocondrio derecho, fiebre (38°C), ictericia y coluria durante una semana.

En la analítica: GOT 155, GPT 192, Br total 4.2. PCR 26 y leucocitosis con neutrofilia.

Ante el diagnóstico de colangitis se inició antibioterapia con Piperazilina-Tazobactam.

En la CPRM se observó vía biliar intra y extrahepática dilatada con imagen en colédoco distal que podría corresponder con coledocolitiasis, sin poder descartar otras causas como la neoplasia ampular. Además se informó de la presencia de una masa de 9,5 cm entre cola pancreática y estómago sugiriendo lesión sólida hipovascular.

Mediante gastroscopia se descartaron lesiones gástricas primarias.

Se realizó CPRE: en duodeno múltiples lesiones de aspecto veloso <1 cm. En papila duodenal lesión plana de aspecto veloso con depresión central de 3 cm que impedía localizar el orificio papilar (AP: adenoma veloso).

Se consultó con Servicio de Cirugía General y, tras 7 días de tratamiento antibiótico con buena evolución de la colangitis, se realizó colecistectomía, gastrectomía parcial, duodenopancreatectomía cefálica y resección de dos primeras asas yeyunales.

La masa abdominal correspondía a proliferación fibromatosa mesenquimal y los pólipos duodenales fueron adenomatosos.

CONCLUSIÓN. La PAF y el SG están asociados a pólipos duodenales adenomatosos pudiendo estar presentes en el 24-90% de los sujetos estudiados. Suelen asentar en la segunda porción, cercanos a la papila. Las obstrucciones del conducto biliar y pancreático por pólipos papilares y la posibilidad de malignización hacen que tengan importante relevancia clínica implicando un diagnóstico precoz de los mismos

PO-39**DEBUT DE COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO COMO ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO.**

José Luis Cervantes González, Víctor Escrib Iturbe, José María Somalo Altuzarra, Emilio Martínez Garabitos, Ángela Martínez Herreros, Begoña Sacristán Terroba
HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO (LA RIOJA).

INTRODUCCIÓN. El absceso hepático piógeno es una patología frecuente cuya incidencia ha ido en aumento progresivo durante los últimos años, siendo más habitual en hombres de 50-60 años. A lo largo de la historia la causa más frecuente ha sido la pyleflebitis (dado lo común de procesos como la apendicitis aguda o la peritonitis), pero en los últimos años ésta etiología ha ido en detrimento de otras causas más prevalentes como la patología biliar infecciosa y tumoral.

CASO CLÍNICO. Varón 61 años con antecedentes a destacar de diabetes mellitus tipo 2 y bebedor activo de 12'45 gr alcohol/día. Ingresó por dolor en mesogastrio acompañado de inapetencia alimentaria desde hace 3 meses y fiebre: 38°C. En la exploración física destaca rubicundez facial e hipoventilación en base pulmonar derecha.

Análítica: Leucocitos: 14200; GGT: 685; Fosfatasa Alcalina: 259; GOT: 27; GPT: 28; Bilirrubina total: 0'9; PCR: 172 y Tiempo de protrombina: 83%.

La radiografía de tórax presentaba elevación de hemidiafragma derecho con discreto derrame pleural. Ante la sospecha de absceso hepático se solicitó TAC Abdominal que nos hablaba de una colección de 4 cm con adenopatías hiliares hepáticas, retroperitoneales, mesentéricas y subfrénicas.

Se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y se procedió al drenaje y toma de biopsias, que dio como resultado: Colangiocarcinoma probablemente diferenciado.

El paciente inició tratamiento con quimioterapia pero la evolución fue tórpida, falleciendo a los 2 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN. Se trata de un debut de un colangiocarcinoma intrahepático como absceso hepático piógeno. La incidencia de este tumor es baja (<1%), y suele presentarse de forma asintomática como un hallazgo radiológico o como ictericia obstructiva.

La proliferación del tejido neoplásico intrahepático da lugar a un deterioro progresivo de la función hepática predisponiendo a la aparición de un cuadro séptico localizado.

PO-40**PRÁCTICA CLÍNICA REAL: TRIPLE TERAPIA Y DAÑO RENAL.**

Irene Pérez Enciso, Beatriz Mateos Muñoz, Blanca Serrano Falcón, María José Devesa Medina, Francisca Cuenca Alarcón, José María Ladero Quesada, Pilar Sánchez-Pobre Bejarano, Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La seguridad renal no ha sido un problema en el tratamiento de la hepatitis por virus C con biterapia ni en los ensayos de registro de la triple terapia. Sin embargo en los estudios basados en la práctica clínica real en pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis se han registrado alteraciones en la función renal.

CASO CLÍNICO. Paciente de 64 años con los siguientes antecedentes personales: HTA en tratamiento farmacológico y colecistectomía laparoscópica por colecistitis. Valorado por hepatitis crónica por virus C genotipo 1 b con polimorfismo C/T de la IL28B, en estadio F3 de la escala METAVIR demostrado mediante biopsia hepática y respuesta parcial a biterapia previa. Presentaba polineuropatía sensitivo-motora severa secundaria a crioglobulinemia asociada al virus C.

Desde el inicio de la triple terapia se objetivó anemia severa (Hemoglobina: 7 mg/dl), con importantes requerimientos transfusionales (7 concentrados de hemáties), asociado a deterioro de la función renal (creatinina: 1,8 mg/dl y aclaramiento de creatinina: 38 ml/min) que precisó suspensión de la triple terapia en la octava semana. (Adjunto iconografía)

Tras la suspensión de la terapia se objetivó normalización de la función renal.

CONCLUSIONES. Aproximadamente el 5% de pacientes en triple terapia con Telaprevir o Boceprevir muestran insuficiencia renal estadio 3. La mejoría de la función renal tras la suspensión de los inhibidores de la proteasa sugiere una posible relación causal. El mecanismo en la actualidad es desconocido; mientras algunos autores señalan que podría deberse a un mecanismo de toxicidad, otros creen que podría estar en relación a la inhibición de la secreción tubular de creatinina.

PO-41**HEPATITIS TÓXICA POR MIRTAZAPINA**

Ruano Díaz Lucía, Muñoz López Diego, Valle Muñoz Julio, Romero Gutiérrez Marta, Rivas Maldonado Patricia, Vargas González Carlos Andrés, Jordán Castro Junio Alexander, Gómez Rodríguez Rafael.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO.

INTRODUCCIÓN. La mirtazapina es un antidepresivo atípico, que actúa aumentando la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica. Se han descrito numerosos efectos adversos, pero muy infrecuentes a nivel hepático.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de una paciente con hepatitis tóxica secundaria a mirtazapina, efecto adverso escasamente descrito en la literatura.

Mujer de 71 años con antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, insuficiencia renal crónica y polimialgia reumática en tratamiento con prednisona a dosis bajas. Ingresó por cuadro de ictericia, vómitos, prurito, astenia y anorexia, de quince días de evolución. Previamente al inicio de la clínica refería ingesta de un comprimido de mirtazapina. Negaba consumo de otros fármacos, salvo medicación habitual para patologías de base. En la analítica destacaba aumento de bilirrubina, transaminasas y enzimas de colestasis acompañado de leve empeoramiento de la función renal. Se descartaron: causas obstructivas, mediante ecografía abdominal y colangio-RMN, causas infecciosas, VHA, VHB, VHC, VHD, VIH, VEB, CMV, toxoplasma, sífilis, etiología autoinmune, enfermedad de Wilson, hábito enólico. Por lo tanto, quedando por

exclusión, el origen tóxico de la hepatitis aguda. Se calculó escala de CIOMS, concluyendo con una puntuación de 8, lo que indica que es probable que la patología este causada por el fármaco.

Durante el ingreso, recibió tratamiento sintomático, evolucionando favorablemente, con mejoría clínica y descenso lento de cifras de bilirrubina, enzimas de colestasis y transaminasas, consiguiendo la normalización a los tres meses del ingreso.

CONCLUSIONES. La hepatitis tóxica por mirtazapina es una patología poco frecuente. Sin embargo, debe formar parte del diagnóstico diferencial de hepatitis aguda en caso de antecedente de consumo previo, incluso a dosis muy bajas.

PO-42

ASCITIS QUILOSA DE ORIGEN INCIERTO

Patricia Mateos Sanchez, Alba Martinez Sanchez, María Arranz Álvarez, Sonia Izquierdo Rubio, Francisco Luis Sánchez Ceballos, Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La ascitis quillosa es una entidad poco frecuente caracterizada por la acumulación de líquido linfático en la cavidad peritoneal. Constituye menos del 1,3% de los casos de ascitis. Se produce por una obstrucción funcional o anatómica del sistema linfático abdominal. Se define por valores de TAG en líquido ascítico superiores a 200 mg/dl. Las causas más frecuentes son: traumatismos, neoplasias, anomalías congénitas, complicaciones postquirúrgicas o infecciones. La cirrosis hepática constituye el 0,5-1% de las causas.

CASO CLÍNICO. Varón de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hepatopatía crónica con hipertensión portal de etiología no filiada. Acude a urgencias por aumento progresivo de perímetro abdominal sin otra clínica asociada. Se obtiene muestra de líquido ascítico de aspecto quilloso-hemático, con citología y cultivo negativos. Citometría de flujo sin hallazgos de clonalidad de células B. Se realiza TC abdominopélvico que muestra signos de hepatopatía crónica, trombosis aguda portal parcial y total de la vena mesentérica superior, sin datos sugerentes de patología tumoral. Se completa estudio con linfogammagrafía que no muestra hallazgos significativos. El paciente precisa paracentesis evacuadoras cada 15 días por deterioro de la función renal secundaria a tratamiento diurético. Dado el difícil manejo de la ascitis quillosa se inicia tratamiento con Octreótido subcutáneo durante 14 días, observándose un cambio en las características del líquido ascítico y mejor control de la ascitis, disminuyendo la cifra de TAG en líquido ascítico y la frecuencia de las paracentesis.

COMENTARIO. El Octreótido es un análogo de la somatostatina que ha demostrado ser efectivo en el control de la ascitis quillosa en el contexto de la cirrosis hepática. Reduce la absorción intestinal de las grasas y por tanto la concentración de TAG en líquido ascítico.

PO-43

EVALUACIÓN MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN DE LOS PORTADORES INACTIVOS DE LA HEPATITIS CRÓNICA B.

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

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

INTRODUCCIÓN. Se considera tratar a los pacientes con hepatitis crónica B (HCB) cuando tienen carga viral (CV) >2.000 UI/ml, valores de alanina aminotransferasa (ALT) elevados y al menos fibrosis significativa (F \geq 2). Los portadores inactivos tienen HBeAg negativo, anti-HBe positivo, CV <2.000 UI/ml y valores normales de ALT por lo que no requieren, en principio, tratamiento. Algunos de los pacientes considerados portadores inactivos tienen daño hepático significativo o incluso avanzado, medido por biopsia o elastografía de transición (ET), lo que puede tener implicaciones a la hora de indicar tratamiento.

OBJETIVO. Determinar si los pacientes portadores inactivos de la HCB de nuestra población presentan daño hepático y si esto modificaría nuestra actitud terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo y transversal con 158 pacientes diagnosticados de HCB. Seleccionamos los que cumplen criterios de portadores inactivos y realizamos una ET (Fibroscan®, EchoSens, París, Francia) a alguno de ellos para determinar el grado de fibrosis. Excluimos a los pacientes coinfectados con otros virus de la hepatitis o con neoplasias.

RESULTADOS. De los 158 pacientes con HCB, 74 (47%) eran portadores inactivos, con una edad media de 42 años. Valor medio de ALT: 12,74 UI/l. Carga viral media de 211. Se realizó ET a 46 portadores inactivos: 38 pacientes (82,6%) presentaban valores inferiores a 6,2 Kpa; 6 pacientes (13%) se encontraban dentro de la denominada "zona gris" (> 6,2 - < 9,4KPa) y 2 pacientes (4%) presentaban valores de fibrosis significativa (12 KPa), teniendo en cuenta los datos del trabajo de Vígano et al.

CONCLUSIONES. El estudio mediante ET de nuestros pacientes portadores inactivos de la HCB encuentra que la mayor parte no presenta fibrosis hepática. Sin embargo, detectamos algunos pacientes con daño hepático significativo, en los que se puede considerar el tratamiento.

PO-44

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA EN BURGOS.

Moncada Urdaneta AC, Fernández Marcos C, Cervera Caballero LA, Bernad Cabredo B, Badía Aranda E, Ramos Rosario HA, Puebla Maestu A, Sáez-Royuela F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.

INTRODUCCIÓN. En España hay varios cientos de miles de personas con hepatitis crónica C (HCC). Es posible que la epidemiología de la HCC esté cambiando (cambio de mecanismos de transmisión, aumento de pacientes inmigrantes). Por ello, pretendemos conocer las características actuales epidemiológicas y clínicas de los pacientes con HCC de nuestro entorno.

MÉTODOS. Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con HCC seguidos en la consulta de Hepatología del HUBU (01/06/2.012 a 01/05/2.013).

RESULTADOS. Estudiamos 165 pacientes con HCC, 121 hombres (73%). Edad media $52,8 \pm 4,5$ años. Ocho (4,8%) eran extranjeros. El 83% habita en áreas urbanas. Un 64 % tenía nivel educativo básico. Momento de la infección; > 20 años: 68%, 10-20 años: 27% y <10 años: 5%. Vía de infección; desconocida: 40%, UDVP: 38% y transfusiones:19%. El 17 % de los pacientes tenían tatuajes.

Presentaba genotipo 1 el 63,6%, 2 el 3%, 3 el 12,7%, 4 el 11,5%, 5 el 1,2%. El 52% tenían IL28B CT, 35 % CC y 14 % TT. Se determinó la fibrosis hepática en 131 pacientes (80%); F0: 3%, F1: 36 %, F2: 16 %, F3: 15% y F4 30%. Del total, tenían cirrosis 49 (30%): Child A 86%, Child B 12% y Child C 2%. 21 tenían hipertensión portal (43%) y 8 (16%) hepatocarcinoma.

CONCLUSIONES. La HC crónica predomina en hombres españoles, en la 5ª década, con nivel educativo básico. La principal vía de infección conocida es el UDVP, con contagio frecuentemente hace décadas. El genotipo 1 y el polimorfismo IL28B CT son los más frecuentes. Un tercio tiene fibrosis mínima y otro tiene cirrosis, habitualmente Child A.

PO-45**HIPERTENSIÓN PORTAL POST-TIPS**

Alba Martínez Sánchez, María Arranz Álvarez,
Patricia Mateos Sánchez, Francisco Luis Sánchez Ceballos,
Enrique Rey Díaz-Rubio

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. A pesar del uso extensivo del TIPS para tratar las complicaciones de la hipertensión portal, se trata de una técnica no exenta de riesgos. La tasa de disfunción del TIPS oscila entre 18-78% según las series.

CASO CLÍNICO. Mujer de 61 años con cirrosis en estadio Child-Pugh B8, secundaria a VHC con colocación de TIPS hace 5 meses. Gradiente portal post-TIPS de 7 mmHg. Acude por disnea progresiva objetivándose derrame pleural derecho en radiografía de tórax. No semiología ascítica. Descartadas causas secundarias como tromboembolismo pulmonar, patología cardíaca y obteniéndose líquido pleural compatible con trasudado con cultivo y citología negativas; se solicita doppler hepático: TIPS permeable con alteración del flujo a nivel de la vena suprahepática. Se realiza medición de presiones portales obteniéndose un gradiente de 19 mmHg, secundario a estenosis de la vena suprahepática desde el extremo proximal a la prótesis hasta la vena cava inferior. Esta estenosis es debida a hiperplasia de la íntima a ese nivel. Se coloca nuevo TIPS.

COMENTARIO. En un 5-12% de pacientes con hipertensión portal aparece hidrotórax hepático como complicación. En la mayoría de los casos, la ascitis coexiste. Ante la reaparición del problema por el que el TIPS se indica o el desarrollo de nuevos síntomas asociados a hipertensión portal, debe sospecharse disfunción del mismo. La hiperplasia pseudointimal dentro del tracto parenquimatoso o salida de la vena hepática oscila entre 18-78% según las series.

La indicación del TIPS debe ser una decisión razonada y manteniendo un balance favorable entre riesgo-beneficio en cada paciente. Es una técnica no exenta de complicaciones a tener en consideración y sospecharse ante signos o síntomas que sugieran disfunción del mismo.

(Se adjunta iconografía)

PO-46**CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VHB AGHBE NEGATIVO CON GPT NORMAL AL DIAGNÓSTICO.**

A. Guardiola Arévalo⁽¹⁾, A.Z. Gómez Moreno⁽¹⁾, A. García Vela⁽¹⁾,
M. Romero Gutiérrez⁽¹⁾, G. De la Cruz Pérez⁽¹⁾, J.J. Sánchez
Ruano⁽¹⁾, R. Rodríguez Merlo⁽²⁾, C. Gómez Hernando⁽³⁾,
R. Gómez Rodríguez⁽¹⁾

⁽¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ⁽²⁾SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. ⁽³⁾SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO.

INTRODUCCIÓN. Estudios recientes sugieren que pacientes con HBC AgHBe negativo con GPT persistentemente normal pueden tener niveles elevados de carga viral y daño hepático significativo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional de cohorte retrospectivo de pacientes diagnosticados de HBC AgHBe negativo con GPT normal al diagnóstico (<40mU/ml), desde Junio de 2005 hasta Diciembre de 2012. Criterios de exclusión: otras hepatopatías asociadas o haber recibido tratamiento para la HBC. Se recogieron variables clínico-analíticas, serológicas, DNA del VHB (PCR), descompensaciones, y éxitus.

RESULTADOS. Se incluyeron 103 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 39±10,9 años, 41,7% varones, y 39,8% de extranjeros. El valor mediano de GPT fue 22 (IIC:17-28) mUI/ml, y el de DNA 916 (IIC:110-3830) UI/ml. El 63% tenían DNA<2.000 UI/ml, y sólo el 7,7%>20.000. El pico mediano de DNA fue 2555 (IIC:517-6967) UI/ml, y el valle 161 (IIC:6-792). Se produjo pérdida del AgHBs en 4 pacientes (3,88%), realizando 2 la seroconversión (1,94%). Se diagnosticó de cirrosis a 2 pacientes (1,94%). Se describió una descompensación edematoascítica (0,97%), un Hepatocarcinoma (0,97%), y un éxitus.

En la evolución mantuvieron GPT normal 71 pacientes (76,3%), y 22 la alteraron (23,7%). Los pacientes que mantienen GPT normal son predominantemente mujeres (p=0,001); con niveles más bajos de GOT y GGT (p<0,05); y DNA inferior (p=0,03). Existió mayor frecuencia de cirrosis en el grupo de GPT alterada de forma significativa (p=0,048). En el modelo multivariante de pacientes con GPT basal normal posteriormente alterada lo que determina el cambio de GPT es su valor basal (OR 1,49; IC: 1,21-1,82), el sexo masculino (OR 5,16; IC 1,03-25,49), y DNA>20.000 (OR 4,5; IC 1,06-27,61).

CONCLUSIONES. Desde nuestra experiencia los pacientes con HBC AgHBe negativo y GPT persistentemente normal, a medio plazo, presentan baja carga viral y ausencia de daño histológico significativo. Las descompensaciones y éxitus, aunque existen, son infrecuentes.

PO-47**TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS.**

José María Moreno Planas, Ponciano Martínez Rodenas, María Isabel Ramón Ruiz, Mercedes Garrido Martínez, Karima María Villena Moreno, Mabell Vargas Travaglini, David Francisco García Núñez, María Montealegre Barrejón, Ricardo Pérez Flores, Javier Velasco Valcárcel, María del Mar Vicente Gutiérrez, Gabriel Rodríguez Toboso, María Teresa López Villaescusa

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

INTRODUCCIÓN. La hepatitis crónica por virus C es una de las principales causas de cirrosis y carcinoma hepatocelular en nuestro medio.

OBJETIVOS. El objetivo del presente estudio es describir las características basales de los enfermos en tratamiento con triple terapia con telaprevir.

MATERIA Y MÉTODOS. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C tratados en el Hospital Universitario de Albacete con triple terapia con telaprevir entre Marzo de 2012 y Julio de 2013. Se describen las características demográficas de los pacientes.

RESULTADOS. De los 52 pacientes tratados el 75% son varones (n=39) y el 25% mujeres (n=13). La edad media es de 52 años (27-69). Todos los pacientes son de raza blanca (n=52). El 73,1% (n=38) tenían una carga viral basal mayor a 800000 UI/ml. El 23,8% presentan un IMC mayor de 30 y el 60% mayor de 25%. La fibrosis hepática estimada por fibroscan es F4 en el 43,9%, F3 en el 41,5%, F2 en el 9,8% y F1 en el 4,9%, con valor medio de 16,6 kPa(4,1-69,4). El 41,3% son genotipo 1a y el 58,7% 1b. El genotipo ILB28 no se determinó en el 78,8%, era CT en el 17,3% y CC en el 3,8%. En el 19,2% (n=10) la posible vía de transmisión fue una transfusión, el 17,3% (n=9) eran ADVP, el 1,9% (n=1) un pinchazo accidental y en el 61,5% (n=32) se desconocía la posible vía de transmisión. Finalmente, 30,8% (n=16) no habían recibido tratamientos previos, el 34,6% (n=18) eran recidivantes, el 11,5 (n=6) respondedores parciales y el 23,1% (n=12) habían tenido una respuesta nula.

CONCLUSIONES. El paciente medio tratado con la triple terapia en nuestro centro es el varón de mediana edad, con una alta carga viral y fibrosis avanzada.

PO-48

INCIDENCIA Y MANEJO DE LAS ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR

José María Moreno Planas, Ponciano Martínez Rodenas, María Isabel Ramón Ruiz, David Francisco García Núñez, Mercedes Garrido Martínez, Mabell Vargas Travaglini, Karima María Villena Moreno, Gabriel Rodríguez Toboso, María Montealegre Barrejón, Ricardo Pérez Flores, Javier Velasco Valcárcel, María del Mar Vicente Gutiérrez, María Teresa López Villaescusa

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN. El conocimiento del porcentaje y la severidad de los efectos secundarios al empleo de la triple terapia en poblaciones con Hepatitis C y fibrosis avanzada será muy útil para un mejor manejo terapéutico de estos enfermos.

OBJETIVO. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de alteraciones hematológicas de los pacientes tratados en triple terapia con telaprevir.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes infectados con el genotipo 1 de la Hepatitis C tratados en el Hospital Universitario de Albacete entre Marzo de 2012 y Julio de 2013.

RESULTADOS. Del total de nuestros enfermos (n=52), antes de iniciar el tratamiento, el 5,8% (n=3) presentaba anemia, el 15,8% (n=8) leucopenia y el 19,2% (n=10) trombopenia. Durante el tratamiento, del total de pacientes el 81% presentaron anemia: en el 10,6% se redujo en menos del 50% la dosis de Ribavirina, en el 23,4% hubo una reducción de menos del 50% de la dosis de Ribavirina y asociándose EPO, en el 6,4% se redujo en más del 50% la dosis de Ribavirina, y en el 6,4% se pauto EPO únicamente. El 19,1% de los pacientes requirieron transfusión de concentrados de hemáties. El 89,4% presentaron leucopenia, el 23,4% precisaron filgastrim y el 17% Filgastrim asociado a la reducción de la dosis de PEG-IFN. Finalmente, el 48,9% presentaron trombopenia y únicamente 1 paciente precisó Eltrombopag. No hubo que suspender el tratamiento en ningún caso por alteraciones hematológicas.

CONCLUSIONES. Las alteraciones hematológicas fueron muy frecuentes en los pacientes en triple terapia con telaprevir, pero en ningún caso obligaron a la suspensión del tratamiento. Los factores estimulantes de colonias son importantes en el manejo de los efectos secundarios en estos pacientes.

PO-49

INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DERMATOLÓGICOS Y ANALES EN LOS PACIENTES TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR

José María Moreno Planas, Ponciano Martínez Rodenas, María Isabel Ramón Ruiz, Karima María Villena Moreno, Mercedes Garrido Martínez, David Francisco García Núñez, Mabell Vargas Travaglini, María Montealegre Barrejón, Gabriel Rodríguez Toboso, Ricardo Pérez Flores, María del Mar Vicente Gutiérrez, Javier Velasco Valcárcel, María Teresa López Villaescusa

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN. El conocimiento del porcentaje y severidad de efectos secundarios asociados a la triple terapia con telaprevir en poblaciones infectadas por el virus de la Hepatitis C y fibrosis avanzada, será muy útil para un mejor manejo terapéutico de estos enfermos.

OBJETIVO. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de efectos secundarios dermatológicos y anales en los pacientes en triple terapia con telaprevir.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes infectados por el genotipo 1 de la Hepatitis C tratados con triple terapia con telaprevir en el Hospital Universitario de Albacete entre Marzo de 2012 y Julio de 2013.

RESULTADOS. Del total de nuestros enfermos, el 71,4% presentó algún efecto secundario cutáneo. El 36,7% estaban localizados, el 14,3% ocupaban menos del 50% de la superficie corporal, el 16,3% más del 50% y en el 4,1% ocupaban más del 50% de la superficie corporal y presentaron fiebre. El 26,3% recibieron antihistamínicos, el 6,1% corticoides tópicos, el 4,1% corticoides orales, el 20,4% antihistamínicos más corticoides tópicos y el 2% antihistamínicos más corticoides orales. El tratamiento hubo de ser suspendido en 2 pacientes (3,8%) por efectos dermatológicos. Por otra parte el 46,9% de los pacientes tratados presentaron efectos adversos anales, en el 34,7% fueron molestias hemorroidales, el 8,2% dolor anal, el 2% prurito y el 2% fisura anal. No hubo que suspender el tratamiento por este motivo en ningún paciente.

CONCLUSIONES. Las reacciones dermatológicas fueron muy frecuentes en nuestra serie, y aunque la afectación generalizada ocurrió en un quinto de los enfermos, sólo motivo la suspensión del tratamiento en menos del 4% de los pacientes. Aunque los efectos adversos anales también fueron también comunes, en ningún caso obligaron a suspender el tratamiento.

PO-50

CASO POCO COMÚN DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

Isabel Ramón Ruiz, Ponciano Martínez Rodenas, Nieves Martínez López, José María Moreno Planas, Mercedes Garrido Martínez, Karima María Villena Moreno, Gabriel Rodríguez Toboso, Ricardo Pérez Flores.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

INTRODUCCIÓN. Los aneurismas de la arteria hepática son raros, representando aproximadamente del 20% de los aneurismas viscerales. A continuación presentamos un paciente con aneurisma de la arteria hepática que debutó con un cuadro de colestasis.

CASO CLÍNICO. Varón de 53 años, fumador sin otros antecedentes de interés, consulta por prurito generalizado de 10 días de evolución. Presenta ictericia muco-cutánea y coluria, sin otra sintomatología acompañante. Exploración física normal. La analítica mostró un patrón de colestasis. La ecografía de urgencias mostró dilatación biliar intrahepática y dilatación aneurismática de la arteria hepática. Se completó el estudio con TC y arteriografía que mostraron dos dilataciones aneurismáticas de la arteria hepática, una de ellas adyacente a la confluencia biliar, con trombo mural en su interior, provocando dilatación de vía biliar intrahepática. Durante su ingreso el paciente permaneció asintomático a excepción de prurito que se controló con antihistamínicos. Finalmente se decidió actitud quirúrgica, pendiente de intervención.

DISCUSIÓN. Los aneurismas de la arteria hepática representan el 16 a 20% de los aneurismas de las arterias viscerales. La presentación clínica es inespecífica, dolor abdominal, hemorragia digestiva alta, ictericia obstructiva o, más comúnmente, asintomáticos. En el 60-80% de los pacientes se diagnóstica cuando el aneurisma se rompe. La ictericia puede ocurrir por compresión externa o ruptura en el árbol biliar con restos trombóticos ocluyendo el lumen. Estos aneurismas tienen un pronóstico incierto, por lo que el tratamiento debe ser individualizado. Actualmente se apuesta por un enfoque endovascular, sin embargo, debido a la complejidad de la lesión, en algunos casos la intervención quirúrgica es necesaria.

PO-51**HEPATITIS AUTOINMUNE INDUCIDA
POR AZITROMICINA**

Mirella Jiménez Gómez, Ricardo Moreno-Otero,
Luisa García-Buey

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

INTRODUCCIÓN. La azitromicina es un antibiótico del grupo de los macrólidos utilizado en el tratamiento de distintas infecciones bacterianas. Generalmente es bien tolerado, con menos del 1% de pacientes que interrumpen la medicación debido a efectos adversos. Los efectos adversos más comunes son gastrointestinales, incluyendo diarrea, náuseas, dolor abdominal y vómitos. Todos los macrólidos pueden producir hepatotoxicidad, sin embargo, se han descrito pocos casos de hepatotoxicidad inducida por azitromicina.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de una paciente de 18 años sin historia previa de patología hepática que desarrolló una hepatitis aguda tras cuatro días del inicio de tratamiento con azitromicina por lesiones cutáneas compatibles con acné. La positividad de los autoanticuerpos, la elevación de los niveles de IgG y la recaída tras la supresión del tratamiento con corticoides y azatioprina, nos llevaron al diagnóstico de hepatitis autoinmune, probablemente desencadenada por una ruptura de los mecanismos de inmunotolerancia inducida por azitromicina. Tras el tratamiento mantenido con corticoides y azatioprina se consiguió finalmente una remisión completa de la enfermedad.

CONCLUSIÓN. Inferimos que una diátesis autoinmune o una ruptura de los mecanismos de inmunotolerancia inducidas por azitromicina desencadenaron una hepatitis autoinmune. La posi-

bilidad de una hepatitis autoinmune inducida por fármacos, debe ser tenida siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con cuadros clínicos compatibles con hepatotoxicidad por fármacos.

PO-52**LA INHIBICIÓN DEL RECEPTOR TIROSINA
CINASA TIE2 REVIERTE LA ACTIVACIÓN DE LAS
CÉLULAS ESTRELLADAS HEPÁTICAS INDUCIDA
POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C**

Yolanda Rodríguez Muñoz^{1,2}, Samuel Martín Vilchez^{1,2}, Rosario López Rodríguez^{1,2}, Ángel Hernández Bartolomé¹, Ricardo Moreno Otero^{1,2} and Paloma Sanz Cameno^{1,2}

¹ UNIDAD DE HEPATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID, SPAIN. ² CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBER-EHD), INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII), MADRID, SPAIN

ANTECEDENTES. La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica que progresa con elevada frecuencia a cirrosis y hepatocarcinoma. La activación de las células estrelladas hepáticas (CEH) es un fenómeno esencial para la renovación y reparación tisular tras el daño hepático pero también contribuye notablemente a la progresión de la enfermedad al estimular fenómenos fibrogénicos y angiogénicos. Debido a que las CEH también expresan Tie2, receptor endotelial clave en dichos procesos, se analizó su posible participación en la activación de las CEH y en la progresión de la Hepatitis Crónica C (HCC).

MÉTODOS. Se examinó la expresión de Tie2 en CEH expuestas a medios procedentes de hepatocitos que expresan, bien el genoma completo, bien la región subgenómica no estructural del VHC (replicones). También se examinaron los efectos del bloqueo de Tie2 en la activación de CEH mediante anticuerpos neutralizantes o inhibidores específicos de su señalización.

RESULTADOS. Los medios procedentes de los replicones del VHC promovieron una mayor expresión de Tie2 en las CEH, a la vez que se incrementaba su activación y capacidad invasiva. Por otra parte, el bloqueo del receptor Tie2, mediante un anticuerpo neutralizante específico, o de su señalización, con inhibidores selectivos de las rutas AKT y MAPKs, redujo significativamente la expresión del marcador de activación alfa-actina de músculo liso en las CEH expuestas a los medios condicionados, así como su potencial invasivo.

CONCLUSIONES. Estos hallazgos indican la relevancia de Tie2 en la progresión de la HCC como mediador de la respuesta profibrogénica de las CEH y, por tanto, su potencial como diana terapéutica.

PÓSTER: SECCIÓN TUBO DIGESTIVO**PO-53****SÍNDROME DE RUMIACIÓN DEL ADULTO:
DIAGNÓSTICO MANOMÉTRICO DE
UN TRASTORNO FUNCIONAL DIGESTIVO**

Isabel Sanabria Marchante⁽¹⁾, Teresa Pérez Fernández⁽²⁾,
Cecilio Santander Vaquero⁽²⁾

⁽¹⁾CLÍNICA GUIMÓN, ⁽²⁾HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El síndrome de rumiación es un trastorno funcional incluido en la clasificación Roma III. Consiste en regurgitaciones, voluntarias de alimentos recientemente ingeridos y seguidas de una nueva masticación y deglución o expulsión fuera de la boca. No son precedidas de náuseas ni esfuerzo y finalizan cuando el material regurgitado se vuelve ácido.

El diagnóstico puede realizarse con una historia clínica completa y una explicación detallada de los episodios. En caso de no ser concluyente la manometría esofágica asociada a impedanciometría puede confirmarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Describimos los hallazgos manométricos y de impedanciometría de tres pacientes con sintomatología compatible con síndrome de rumiación. Durante su realización los pacientes deben ingerir alimentos sólidos o semisólidos.

RESULTADOS. Tres pacientes, una mujer y dos hombres de 22, 46 y 58 años de edad que, tras la realización del estudio, se confirmó el diagnóstico de síndrome de rumiación. Tenían historia de años de regurgitaciones frecuentes con buen sabor, sin esfuerzo que se inicia inmediatamente en las comidas hasta dos horas después, sin otra clínica asociada y con repercusión sobre sus actividades sociales. Habían realizado múltiples tratamientos sin mejoría.

En la manometría se observó una motilidad esofágica normal según la clasificación de Chicago. Durante la segunda parte de la exploración, tras la ingestión de los alimentos, se registró un aumento de la presión intragástrica registrada en la manometría seguida de tránsito retrógrado esofágico en la impedanciometría que confirmaba la regurgitación gastroesofágica y posterior apertura del esfínter esofágico superior. Posteriormente se observa la nueva deglución del alimento regurgitado con la correspondiente onda peristáltica normal y tránsito esofágico anterógrado.

CONCLUSIONES. El síndrome de rumiación es una enfermedad poco conocida e infradiagnosticada en la actualidad. El desarrollo de las técnicas de manometría más impedanciometría nos permiten el diagnóstico de confirmación y un tratamiento efectivo.

PO-54

OBSTRUCCIÓN AL FLUJO DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA: UNA NUEVA ENTIDAD MANOMÉTRICA EN ESTUDIO.

Isabel Sanabria Marchante⁽¹⁾, Teresa Pérez Fernández⁽²⁾,
Cecilio Santander Vaquero⁽²⁾

⁽¹⁾ CLÍNICA GUIMÓN. ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La obstrucción al flujo de la unión esofago-gástrica (OFUEG) es una entidad descrita recientemente e incluida en la clasificación de Chicago. Se caracteriza por la inadecuada relación de la UEG (detectada manométricamente por una elevación de la Presión de Relajación Integrada) con peristalsis conservada del cuerpo esofágico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Describimos los hallazgos manométricos de 24 pacientes diagnosticados de OFUEG mediante manometría de alta resolución.

RESULTADOS. Se incluyeron un total de 24 pacientes, 18 mujeres (75%) y 6 hombres (25%). Los síntomas más frecuentes eran la epigastralgia y pirosis. En los estudios manométricos realizados obtuvimos una presión de reposo espiratoria del esfínter esofágico inferior normal con una media de 35.4 mmHg con una presión integrada de relajación (IRP) de 17.4 mmHg (normal hasta 15 mmHg). La media tanto del índice contráctil distal (DCI) como de la veloci-

dad del frente contráctil (CFV) fueron normales, con medias de 1030.9 mmHg.sg.cm (normal < 5000) y 4 cm/sg (normal < 9 cm/sg) respectivamente. La latencia distal (DL) media fue de 7.8 sg (normal > 4.5 sg). La presión del esfínter esofágico superior tuvo una media de 74 mmHg. En cuerpo esofágico se observó motilidad normal con todas las ondas peristálticas de amplitud, progresión y duración normales en 9 pacientes (37.5%), observándose algunas ondas con peristalsis interrumpida en 10 pacientes (41.6%), con defectos peristálticos grandes en 7 pacientes (29%) y con defectos peristálticos pequeños en 6 pacientes (25%). En el 29% de los pacientes se observó elevación rápida de la presión intrabolo.

CONCLUSIONES. La obstrucción al flujo de la unión esofago-gástrica es una nueva entidad manométrica cuyo significado no está aún definido. En esta serie, los pacientes presentan alteraciones manométricas definidas por un aumento de la presión integrada de relajación del esfínter esofágico inferior con peristalsis conservada de cuerpo esofágico aunque en algunos casos presentan alteraciones peristálticas inespecíficas de la motilidad esofágica.

PO-55

LINFANGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alejandra Ochoa Palominos

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Los linfangiomas son malformaciones congénitas benignas raras (incidencia: 1:100.000-1:250.000) de etiología desconocida. En el 80-90% aparecen en edades pediátricas. El 95% se localizan en cabeza, cuello y axila, y el 5% en otros órganos (mesenterio, pulmones, pleura, pericardio, esófago, estómago, yeyuno, colon, páncreas y suprarrenales).

CASO CLÍNICO. Presentamos a una paciente de 19 años con diagnóstico prenatal de una voluminosa masa quística abdomino-pélvica multiseptada. A los 3 días de vida, debido a anemia y dificultad respiratoria secundaria a distensión abdominal, se realiza laparotomía exploradora con colectomía subtotal amplia, siendo la anatomía patológica compatible con linfangioma quístico de colon. Tres años después, presenta empeoramiento clínico con dolor abdominal, melenas y anemia grave. En la RMN se observan dos nuevas tumoraciones quísticas en ambas fosas ilíacas de 11 cm. Se realiza nueva laparotomía, extirpándose la tumoración izquierda, la cual provenía del mesenterio. La derecha se mantuvo intacta dado que envolvía los vasos mesentéricos. Posteriormente se inició tratamiento con octreótido, manteniéndose estable durante 3 años. Desde entonces se encuentra en tratamiento paliativo con eritropoyetina y transfusiones periódicas. Recientemente se ha realizado estudio de extensión, descartándose afectación de otros órganos. En el TAC y la RMN se observa aumento de volumen de la lesión residual mesentérica (25x8,6 cm) que concurre desde el epigastrio hasta la pelvis. Asimismo se observa engrosamiento concéntrico del recto-sigma. Actualmente se está reevaluando tratamiento quirúrgico con intención paliativa.

DISCUSIÓN. La mayoría de los linfangiomas quísticos intraperitoneales se localizan en el mesenterio (70%), mientras que la afectación colónica es más rara. Las manifestaciones clínicas varían desde masas asintomáticas a dolor abdominal agudo. El TAC y la RMN son las técnicas de elección para su diagnóstico, sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico. La extirpación completa del quiste y la resección intestinal segmentaria son los tratamientos de elección.

PO-56

**INFECCIÓN PÉLVICA Y FÍSTULA ENTÉRICA
SECUNDARIA A MANIPULACIÓN GINECOLÓGICA
PARA OCLUSIÓN TUBÁRICA.**

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Mario Ortega López⁽²⁾,
Fátima Matute⁽¹⁾, Ramiro Méndez⁽¹⁾, Ricardo Rodríguez⁽¹⁾,
Javier Cerdán Miguel⁽²⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

Paciente de 38 años con antecedentes de colitis ulcerosa tratada mediante pancoloproctomía y reconstrucción con reservorio ileal en "J" en el año 1997 y que permanece asintomática durante más de 15 años. El último año, como preparación para un tratamiento de fertilidad mediante fecundación in vitro, y tras ser diagnosticada de un hidrosalpinx derecho y un quiste endometriósico en ovario izquierdo, se le coloca un dispositivo tipo Essure® en ambas trompas.

A los pocos días de colocados sendos dispositivos la paciente comienza con un cuadro de dolor abdominal intermitente de gran intensidad, atribuido a una probable salpingitis secundaria al tratamiento recibido. Tras varias semanas de evolución y realizado el estudio pertinente mediante distintas pruebas radiológicas se confirma la existencia de una colección abdominal que engloba varias asas de intestino delgado así como la trompa izquierda y sospecha de fístula entérica a nivel del asa aferente del reservorio. Se trata con varios ciclos de antibiótico, posteriormente drenaje percutáneo y, finalmente, ante la persistencia del cuadro, laparotomía exploradora, confirmándose la fístula intestinal en una zona alejada del reservorio ileal. Se practicó resección segmentaria de intestino delgado y reconstrucción, sin afectar la integridad del reservorio.

Se trata de una complicación infrecuente de un tratamiento gineco-obstétrico mínimamente invasivo que produce una secuela potencialmente muy grave a nivel del aparato digestivo, con repercusión del estado general de la paciente, poniendo en peligro una cirugía abdominal previa tras varios años de éxito terapéutico y que incluso pudo llegar a amenazar la vida de la misma como consecuencia de sepsis abdominal grave que se desencadenó en algún momento de la evolución del proceso.

Tras un año de seguimiento la paciente se encuentra asintomática.

PO-57

**RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL
TRAS INTERVENCIÓN DE HARTMANN:
COMPLICACIONES.**

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Óscar Cano Valderrama⁽²⁾, Gonzalo Sanz Ortega⁽²⁾, Mario Ortega López⁽²⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

INTRODUCCIÓN. La intervención de Hartmann constituye un procedimiento adecuado para la resolución de diferentes patologías. No obstante, el restablecimiento posterior del tránsito intestinal no está exento de complicaciones. Analizamos en esta Comunicación nuestra experiencia en este sentido.

MATERIAL Y MÉTODO. Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a reconstrucción del tránsito intestinal tras la

realización de una intervención de Hartmann entre Enero de 2003 y Febrero de 2013.

Se revisa la indicación para la realización de la intervención inicial, tipo de abordaje (cirugía abierta vs laparoscópica), complicaciones postoperatorias y tiempo de hospitalización.

RESULTADOS. Han sido intervenidos 32 pacientes, 18 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 73,5 años (33-81). Las indicaciones para la realización de la intervención de Hartmann fueron: Enfermedad diverticular complicada, 12 casos (37,5%); dehiscencia anastomótica, 6 casos (18,7%); cáncer de sigma, 5 casos (15,6%); perforación secundaria a endoprótesis, 4 casos; enfermedad de Crohn, 3 casos y colitis isquémica, 2 casos. 25 (78%) se abordaron mediante cirugía abierta y siete laparoscópica (22%), de los cuales tres requirieron reconversión. Se produjo algún tipo de complicación en 15 pacientes (46,8%). Las más importantes fueron: Infección del sitio operatorio, 7 casos (21,8%); infección de vías urinarias, 4 (12,5%); Neumonía, 2 casos; Rectorragia, 1 caso; íleo postoperatorio, 1 caso. No hubo mortalidad operatoria.

CONCLUSIONES. La reconstrucción del tránsito intestinal tras intervención de Hartmann presenta una elevada morbilidad, fundamentalmente infecciosa, lo que obliga a extremar la prevención en este sentido.

En nuestra serie no existió mortalidad ni complicaciones graves que aconsejen desistir de llevar a cabo el restablecimiento del tránsito.

PO-58

**LARGO TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DE
UN PACIENTE CON TUMOR DE GIST RECTAL
DE ALTO GRADO.**

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Luis Ignacio Díez Valladares⁽²⁾,
Luis Ortega Medina⁽²⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

Varón de 64 que en 1997 es intervenido por una neoplasia de recto de unos 8-10 cm, prácticamente desde línea pectinada y que es descrita como submucosa endoscópicamente y en la ecografía endorrectal como dependiente de la capa muscular de recto. Diagnóstico probable leiomioma. Se realiza amputación abdomino-perineal de la que el paciente tiene una buena recuperación.

Tras una supervivencia de 10 años, mayor que la esperada según el diagnóstico que se tenía en aquel momento, se decide comentar el caso en el comité de tumores para recuperar y volver a estudiar la pieza quirúrgica. Tras el nuevo estudio anatomopatológico se encuentran criterios que hacen compatible el diagnóstico con tumor de GIST rectal.

Ya con el diagnóstico de tumor de GIST en el seguimiento se le descubren metástasis hepáticas a nivel de hígado derecho, en segmentos 5 y 8, y otra a nivel pelvi-perineal, por lo que el paciente comienza tratamiento con imatinib. Dada la buena respuesta al tratamiento se decide realizar hepatectomía derecha y se evalúa como favorable la reseccabilidad de la lesión pelvi-perineal a la que se procede varios meses más tarde, con resección radical por vía perineal.

En la actualidad, 16 años más tarde, el paciente continúa vivo y con buena situación basal y buena calidad de vida aunque en el último TC de control presenta progresión de la enfermedad con una nueva recidiva hepática y metástasis óseas a pesar de tratamiento quimioterápico.

Se trata de un caso de un tumor de GIST de alto grado, con una evolución inicial muy buena y con unas cifras de supervivencia global excepcionales a pesar de múltiples recaídas.

PO-59

CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES NONAGENARIOS: RESULTADOS INMEDIATOS.

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Mario Ortega López⁽²⁾,
Gonzalo Sanz Ortega⁽²⁾, Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

INTRODUCCIÓN. Dada la elevada incidencia del cáncer colorrectal y el incremento de la expectativa de vida en nuestra población, no es infrecuente vernos en la necesidad de decidir el tratamiento en mayores de 90 años, población no siempre aceptada para ser sometida a intervención quirúrgica.

Exponemos los resultados inmediatos tras la cirugía por Cáncer de Colon o Recto en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Entre enero de 2002 y febrero de 2013 hemos intervenido de forma electiva a 27 pacientes. Se analiza riesgo quirúrgico según el ASA score, localización del tumor, tipo de intervención, complicaciones postoperatorias y mortalidad. Se utiliza el programa SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS. La edad media es de 92 años (90-100). 16 mujeres (60%) y 11 hombres (40%). ASA: 14,8% II, 70,37 III y 14,8% IV. La localización del tumor fue: colon derecho 51,8%, recto 29,6%, sigma 14,8%, colon transverso 3,7% y unión rectosigma 3,7%. Sólo un paciente recibió quimio-radioterapia neoadyuvante. Se intervinieron con intención curativa a 25 pacientes (92,5%) y paliativa 2 pacientes (7,4%). La intervención realizada fue: Hemicolectomía derecha, 13 (48,1%); sigmoidectomía 4 (14,8%); colectomía subtotal 3,7%, Resección Anterior, 3; Hemicolectomía izquierda, 3; AAP, una; colectomía subtotal, una y colostomía terminal, 2 (7,4%). La mortalidad operatoria fue de 2 (7,4%), por neumonía nosocomial y neumonía aspirativa. Las complicaciones, 36,4%, siendo las más frecuentes infección respiratoria, infecciones de herida quirúrgica, infecciones urinarias, insuficiencia renal aguda e insuficiencia cardiaca.

CONCLUSIONES. Aún con un significativo número de complicaciones, la baja mortalidad operatoria hace perfectamente asumible la indicación quirúrgica por Cáncer de Colon y Recto en pacientes Nonagenarios. La correcta técnica quirúrgica y colaboración Cirujano-Geriatra, extremando los cuidados postoperatorios contribuye a los buenos resultados.

PO-60

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS EN EL CONTROL DE LA INCONTINENCIA ANAL SECUNDARIA A ESTEATORREA TRAS CIRUGÍA DE LA OBESIDAD MEDIANTE TÉCNICAS DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Andrés Sánchez Pernaute⁽²⁾,
Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾, Mario Ortega López⁽²⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

INTRODUCCIÓN. La Neuromodulación de Raíces Sacras (NMRS) es una alternativa terapéutica importante ante una Incontinencia Anal. Uno de los principales problemas derivados de la cirugía de la obesidad cuando se utilizan técnicas malabsortivas es la esteatorrea, que puede originar incontinencia más o menos severa. Presentamos los resultados preliminares de la utilización de NMRS en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se aplicó la técnica de NMRS (InterStim TWIN dual channel INS) en dos pacientes que presentaban una diarrea severa (tipo VII en la escala de Bristol) con esteatorrea e incontinencia anal severa. Habían sido intervenidas por obesidad mórbida mediante técnica de predominio malabsortivo con derivación biliopancreática. Ambas pacientes presentaban ecografía anal normal con presiones en la manometría en el límite bajo. El Score de Cleveland de incontinencia era de 20 en los dos casos. Se colocó catéter tetrapolar bilateral en foramen sacro S3 mediante técnica habitual con anestesia local en estricto régimen ambulatorio. Las pacientes completaron un diario defecatorio y test de calidad de vida específico para incontinencia (FIQ) antes y después del tratamiento.

RESULTADOS. Las dos pacientes presentaron evidente mejoría con reducción del número de deposiciones día de 15/3 y de 20/5 respectivamente. Los episodios de IA/semanal se redujeron de 20 a 3 en el primer caso y de 18 a 4 en el segundo. El Score de la Cleveland postratamiento fue 3 y 5 respectivamente. Los 4 dominios del test de calidad de vida mejoraron en ambos casos.

CONCLUSIONES. El tratamiento mediante NMRS en pacientes con IA secundaria a la esteatorrea derivada de la cirugía bariátrica con técnicas de derivación biliopancreática es una alternativa terapéutica útil con reducción del número de deposiciones y reducción de los episodios de incontinencia, mejorando notablemente la calidad de vida de estos pacientes.

PO-61

TRATAMIENTOS "SECUENCIAL" Y "CONCOMITANTE" PARA LA ERRADICACIÓN DE H. PYLORI: META-ANÁLISIS EN RED

Adrián G McNicholl, Olga P Nyssen

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (IP)
Y CIBEREHD. MADRID (SPAIN).

INTRODUCCIÓN. Los meta-análisis convencionales comparativos entre las terapias cuádruples sin bismuto secuencial (SEQ) y concomitante (CON) para la erradicación de *H. pylori* han sido incapaces de demostrar diferencias en eficacia. Un meta-análisis en red combinando datos extraídos de comparaciones directas y de comparaciones con un tratamiento control común (terapia triple estándar, TT) puede ofrecer información más completa y consistente para poder seleccionar el tratamiento más efectivo.

OBJETIVO. Realizar un meta-análisis en red de ensayos clínicos aleatorizados comparando los tratamientos SEQ y CON, o éstos con la TT como comparador común.

MÉTODOS. Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados comparando las terapias SEQ, CON o ST. Estudios con diferentes duraciones de tratamientos entre brazos fueron excluidos. Estrategia de Búsqueda: Se realizaron búsquedas bibliográficas en bases de datos electrónicas, y manuales en comunicaciones a congresos hasta agosto 2013. Síntesis de datos: Tasa de erradicación por intención-de-tratar. Medida de efecto: 'Odds-Ratio' (OR) (modelo de efectos aleatorios).

RESULTADOS. Se incluyeron 26 estudios: 13 SEQ vs ST (3.648 pacientes), 8 CON vs ST (1.230) y 5 CON vs SEQ (966). Sólo se encontró heterogeneidad en SEQ vs ST ($I^2 = 62\%$). Las comparaciones directas demostraron menor eficacia de ST que de SEQ (OR=1,74; I.C.95%= 1,27-2,38) y CONC (OR= 2,57; I.C.95%= 1,85-3,58). El meta-análisis directo CON vs SEQ mostró mejores tasas de erradicación con CON (OR=1,47; I.C.95%=1,02-2,12). La comparación indirecta obtuvo resultados similares (OR=1,48; I.C.95%= 0,98-2,36). El meta-análisis en red (combinando comparaciones directas e indirectas) demostró que CON es significativamente más efectivo que SEQ (OR=1,47; I.C.95%=1,06-2,05) y que los datos son consistentes. El número-necesario-a-tratar (NNT) fue de 11.

CONCLUSIÓN. Los resultados de este meta-análisis en red demuestran que el tratamiento cuádruple sin bismuto “concomitante” obtiene mejores tasas de erradicación de *H. pylori* que el “secuencial” de forma significativa y consistente

PO-62

ESTUDIO FASE IV, PROSPECTIVO, ALEATORIZADO Y COMPARATIVO ENTRE LA TERAPIA “SECUENCIAL” Y “CONCOMITANTE” PARA LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

Adrián G. McNicholl⁽¹⁾⁽²⁾, Alicia C. Marín⁽¹⁾⁽²⁾, Javier Molina-Infante⁽³⁾⁽²⁾, Manuel Castro⁽⁴⁾⁽²⁾, Jesús Barrio⁽⁵⁾, Julio Ducons⁽⁶⁾⁽²⁾, Xavier Calvet⁽⁷⁾⁽²⁾, Cristobal de la Coba⁽⁸⁾, Miguel Montoro⁽⁹⁾, Felipe Bory⁽¹⁰⁾, Angeles Pérez-Aisa⁽¹¹⁾, Montserrat Forné⁽¹²⁾⁽²⁾, Belén Ruberte⁽¹¹⁾⁽²⁾, Raquel Millán⁽⁴⁾⁽²⁾, Patxi Aranguren⁽⁶⁾⁽²⁾, Pilar García-Iglesias⁽⁷⁾, Blanca Belloc⁽⁹⁾, Xavier Bessa⁽¹⁰⁾, Empar Sainz⁽²⁾⁽¹²⁾, Eusebio S. Marcos⁽¹³⁾, Eloisa Lamas⁽⁴⁾, Ariadna Figuerola⁽⁷⁾⁽²⁾, Cristina Álvarez⁽¹⁰⁾, José L. Gisbert⁽¹³⁾, Javier P. Gisbert⁽¹⁾⁽²⁾

⁽¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA E IP. MADRID. ⁽²⁾CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). ⁽³⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES. ⁽⁴⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL NTRA. SRA. VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ⁽⁵⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID. ⁽⁶⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESAS”. ZARAGOZA. ⁽⁷⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL PARC TAUÍ. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA, SABADELL, BARCELONA. ⁽⁸⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL DE CABUEÑES. ⁽⁹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL DE SAN JORGE. HUESCA. ⁽¹⁰⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA. ⁽¹¹⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA. ⁽¹²⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL MUTUA DE TERRASSA. TERRASSA. ⁽¹³⁾SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, CENTRO DE ESPECIALIDADES GARCÍA NOBLEJAS. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Las terapias cuádruples sin bismuto “secuencial” y “concomitante”, han demostrado mayor eficacia que la triple terapia estándar.

OBJETIVO. Comparar la eficacia y seguridad de las terapias cuádruples “secuencial” y “concomitante” para la erradicación de *H. pylori*.

MÉTODOS. Diseño: ensayo clínico multicéntrico, prospectivo y aleatorizado. Pacientes: con dispepsia funcional/no investigada o úlcera péptica. Se excluyeron los pacientes que hubiesen recibido tratamiento erradicador previo. Intervención: los pacientes fueron aleatorizados (1:1) a tratamiento “secuencial” (omeprazol 20mg/12h y amoxicilina 1g/12h durante 5 días, seguido de 5 días más con omeprazol 20mg/12h, metronidazol 500mg/12h y clari-

tromicina 500mg/12h) o “concomitante” (los mismos 4 medicamentos tomados concomitantemente durante 10 días). Variable de resultado: la erradicación confirmada mediante prueba del aliento (urea-C13) o histología 8 semanas tras finalizar el tratamiento. Cumplimiento y tolerancia: los efectos adversos (EA) y el cumplimiento (superior al 90%) fueron evaluados mediante cuestionarios específicos y recuento de la medicación residual.

RESULTADOS. Se incluyeron 342 pacientes consecutivos en 11 hospitales españoles. Edad media 47 años, 60% mujeres, 23% fumadores y 20% úlcera. El cumplimiento de la terapia “concomitante” fue 89% y de la “secuencial” 86%. La erradicación “por intención-de-tratar” fue 89,6% (IC95%=86-93%) con el tratamiento “concomitante” y 86,2% (82-90%) con el “secuencial” ($p=0,15$). Las tasas “por-protocolo” fueron 91,2% (88-95%) y 86,2% (82-90%), respectivamente ($p=0,13$). En el análisis multivariante solo el cumplimiento se asoció con la eficacia. El 65% de los pacientes tuvieron EA (sin diferencias significativas entre ambos tratamientos). Los EA fueron en su mayoría leves (60%), con una duración media de 6,5 días.

CONCLUSIÓN. Los resultados del presente estudio sugieren una tendencia no estadísticamente significativa a una ventaja (5%) con el tratamiento “concomitante” frente al “secuencial”. La tasa de efectos adversos fue alta, pero su intensidad fue leve y la duración corta.

PO-63

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR RECIDIVADO

Rocío Santos Rancaño⁽¹⁾, Carlos Cerdán Santacruz⁽²⁾, Pablo Talavera Eguizábal⁽¹⁾, Esteban Martín Antona⁽¹⁾, Javier Cerdán Miguel⁽²⁾

⁽¹⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.
⁽²⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

INTRODUCCIÓN. El cistoadenocarcinoma mucinoso es un tumor quístico maligno de estirpe epitelial que produce material mucinoso, con una incidencia del 0.3-0.01% de los tumores apendiculares.

CASO CLÍNICO. Paciente varón de 74 años con antecedentes de RTU vesical por un carcinoma urotelial. Presenta una masa en región abdominal inferior no dolorosa de un mes de evolución. En la ecografía se objetiva una masa quística de 20 x 15 x 10 cm, móvil y sin flujo en el estudio Döppler. TC: septos en el interior, algunos calcificados y contenido heterogéneo, presenta cápsula y hay plano de separación del resto de estructuras. Se realiza hemicolectomía derecha y se observa que la masa depende del apéndice. Se aprecia salida de contenido mucoide de la tumoración durante el procedimiento. Estudio anatomopatológico: cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular. Tres años después, en un TC de revisión del carcinoma urotelial se describe una tumoración de 2,5 x 5 x 6 cm de iguales características que la previa, en fosa iliaca derecha. Colonoscopia normal. Marcadores tumorales elevados. En la cirugía el tumor tiene aspecto mucinoso, a 15 cm de la anastomosis ileocólica. Se extirpa la masa firmemente adherida a epiplon, peritoneo y un segmento de íleon, incluyendo éstos. Anatomía patológica: metástasis de adenocarcinoma mucinoso.

CONCLUSIONES. 1) El Cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular es una entidad rara con una incidencia de sólo el 0.08 % de las apendicectomías. 2) En el 25-50% de los casos es un hallazgo incidental. 3) Estos tumores presentan gran agresividad local, crecimiento lento y recurrencias frecuentes, pero son raras las metás-

tasis a distancia. 4) La hemicolectomía derecha es el tratamiento de elección. El papel de la radioquimioterapia todavía no está establecido. 5) Hay que evitar la rotura de la tumoración pues puede producir recidivas en un futuro, como ocurrió en nuestro caso.

PO-64

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA DEL CÁNCER DE RECTO A LA TERAPIA NEOADYUVANTE

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Rocío Santos Rancaño⁽²⁾,
Sofía Córdoba⁽²⁾, Juan Corona⁽²⁾, Ramiro Méndez⁽²⁾,
Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La gradación de la regresión histológica del cáncer de recto tras tratamiento neoadyuvante es imprescindible en el examen histológico de los especímenes resecados. Nuestro objetivo es analizar esta respuesta usando los sistemas de Mandard, Dworak, Wheeler, Bateman, Williams y TRG (Tumor Regression Grade) y el downstaging según la clasificación TNM.

MATERIAL Y MÉTODOS. Serie ambispectiva de 111 pacientes con cáncer de recto intervenido entre Enero de 2009 y Diciembre de 2012 tratados con radioterapia o radioquimioterapia neoadyuvante y cirugía 6-8 semanas después. Edad media de 70.15 años, 65.8% varones. 89 en recto distal, 21 en recto medio y 1 a 11 cm de margen anal. Se comparó la RM pretratamiento neoadyuvante con el grado anatomopatológico del espécimen resecado siguiendo la clasificación de TNM. El estudio histológico fue realizado por un único patólogo.

RESULTADOS. Previo al tratamiento neoadyuvante, el 18% de los pacientes se clasificaron en estadio II del TNM, el 64% en estadio III y el 18% en estadio IV. Tras la neoadyuvancia el 32.5% presentaron un estadio 0-I, el 26.1% un estadio II, el 24.3% un estadio III y el 17.1% un estadio IV ($p=0.0001$). Según la clasificación de Mandard el 12.7% de los pacientes obtuvieron un grado I (remisión completa), 29.7% grado II (predominio de fibrosis), 26.1% grado III (células tumorales aisladas), 21.6% grado IV (predominio de nidos tumorales) y 9.9% grado V (ausencia de regresión). Se analizaron las demás clasificaciones obteniéndose resultados semejantes.

CONCLUSIONES. 1) En nuestra serie ha disminuido el estadio tumoral tras el tratamiento neoadyuvante y se ha observado una regresión histológica en todos los estadios tumorales valorados según la RM pretratamiento neoadyuvante ($p=0.0001$). 2) El 12.7% (14 pacientes) ha presentado una respuesta histológica completa. 3) Las diferentes escalas de graduación presentan resultados semejantes.

PO-65

IMPORTANCIA PRONÓSTICA DEL GRADO DE REGRESIÓN TUMORAL TRAS TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS PRELIMINARES.

Carlos Cerdán Santacruz⁽¹⁾, Rocío Santos Rancaño⁽²⁾,
Sofía Córdoba⁽²⁾, Fátima Matute⁽²⁾, Ricardo Rodríguez⁽²⁾,
Javier Cerdán Miguel⁽¹⁾

⁽¹⁾CLÍNICA SANTA ELENA, MADRID.

⁽²⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID.

INTRODUCCIÓN. La reducción tumoral inducida por el tratamiento neoadyuvante en el cáncer de recto es evidente a partir de los cambios histológicos. El objetivo de este estudio es evaluar el posible valor pronóstico de la respuesta tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyen 98 pacientes con cáncer de recto sometidos a neoadyuvancia e intervenidos 6-8 semanas después, entre enero de 2008 y febrero de 2012. Edad media de 70.1 años; 62.2% varones. Se valora la respuesta al tratamiento neoadyuvante mediante la clasificación de Mandard, dividiéndolos en dos grupos: grupo A (Mandard I-II) y grupo B (Mandard III-V). Se controla la aparición de recidivas locorregionales y a distancia. La media de seguimiento es de 33.3 meses (3-61).

RESULTADOS. El grupo A está formado por 53 pacientes (54.1%) y el grupo B por 45 (45.9%). Se objetiva una recidiva locorregional en el grupo A (1.9 %) y 4 (9.1%) en el grupo B ($p=0.026$). 14 pacientes desarrollaron metástasis: 7.5 % en el grupo A y 22.7 % en el B ($p=0.034$). En cuanto a la supervivencia global, en el grupo A el 95.8% de los pacientes está vivo a los tres años mientras que en el grupo B el 84.0% ($p=0.045$). Con relación a la supervivencia libre de enfermedad, el 96,2% de los pacientes del Grupo A no presentan recurrencia locorregional ni a distancia a los tres años de la intervención, en contraposición a los del Grupo B, que alcanza el 83,3% ($p=0.001$).

CONCLUSIONES. La valoración inicial de nuestra serie, aún con un número limitado de casos, muestra que la regresión tumoral tras tratamiento neoadyuvante en el cáncer de recto es un factor pronóstico con relación a las recidivas locorregionales y a distancia, tiempo libre de enfermedad y supervivencia global.

PO-66

GISTS DE INTESTINO DELGADO: SERIE DE 16 PACIENTES.

Carla Tafur, E Berroa, G González, T Álvarez, B Velayos, A Macho, L Fernández-Salazar, JM González

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. Los GIST son los tumores mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. La localización más frecuente es el estómago (50-60%), seguida del intestino delgado (20-30%). Objetivos y métodos. describir las características clínicas de los GISTs de intestino delgado. Se han revisado datos retrospectivos de 16 pacientes con un diagnóstico histológico de GIST de delgado desde enero 2000 a diciembre 2012. Resultados. Se diagnosticaron dieciséis casos. Edad: 67 años (mediana) (44-79) y 62.5% varones. Localización del tumor: 18,75% duodeno, 37,5% yeyuno, 12,5% íleon y en el 31,25% no se precisó. Dos pacientes tenían 3 tumores. La mediana del tamaño del tumor: 6,7 cm (1,3-22); en un caso el tumor era una recidiva de un GIST de mesenterio. En el diagnóstico se empleó tránsito intestinal en el 18,7% de pacientes, TAC abdominal en 56,2% y cápsula endoscópica en 31,25%. Con gastroscopia se obtuvieron biopsias diagnósticas en 2 pacientes y el examen de la pieza quirúrgica permitió el diagnóstico en 15. El 33,3% de los pacientes presentaron anemia, el 25% sangrado digestivo, 16,6% un abdomen agudo y en el 25% el diagnóstico fue casual. En el momento del diagnóstico había extensión a peritoneo en el 13,3% y a hígado en el 6,6%. El 33,3% de los tumores tenían características de alta agresividad. Una paciente no recibió ningún tratamiento. A los 34,5 meses (mediana) (0-136 meses) de seguimiento, recidivaron el 18,7% de los pacientes. El 18,7% de pacientes fueron tratados con Imatinib. Tres pacientes fallecieron por el tumor, y dos por otros motivos. Conclusiones. Los GIST de intesi-

no delgado afectan a pacientes entre la 4^a-6^a décadas de la vida. El yeyuno es la localización más frecuente. La expresión clínica, agresividad histológica y pronóstico son muy variables. La resección, si es posible, es la base del tratamiento.

PO-67**SÍNDROME DE BOUVERET: CASO CLÍNICO.**

Rocío Santos Rancaño⁽¹⁾, Carlos Cerdán Santacruz⁽²⁾,
Óscar Cano Valderrama⁽³⁾, Alina López de Fernández⁽¹⁾, Norman
Jael Cervantes Juárez⁽¹⁾, Gonzalo Sanz Ortega⁽¹⁾, Rodrigo Sanz
López⁽¹⁾, Jaime Zuloaga Bueno⁽¹⁾, Mario Ortega López⁽¹⁾

⁽¹⁾HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID. ⁽²⁾CLÍNICA SANTA ELENA,
MADRID. ⁽³⁾HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

INTRODUCCIÓN. Síndrome de Bouveret: impactación de un cálculo en duodeno o píloro por una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal, causando obstrucción intestinal. Representa el 3-5% de los casos de íleo biliar, con pocos casos publicados.

CASO CLÍNICO. Varón de 79 años con antecedentes de urolitiasis. Acude por dolor abdominal en epigastrio de 10 días de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Exploración física: afebril, abdomen distendido, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Blumberg y Murphy(-). Analítica: leucocitosis, resto normal. Radiografía de abdomen: normal. CT abdominal: neumbilia y una imagen hiperecogénica de 3 cm sin identificar la pared de la vesícula biliar. No dilatación de la vía biliar. Estómago dilatado. Endoscopia: orificio en duodeno que conecta con el sistema biliar y gran cálculo impactado en rodilla duodenal obstruyendo la luz. No es posible la extracción endoscópica del cálculo decidiéndose laparotomía urgente: importante plastrón inflamatorio en zona píloro-duodenal. Se identifica un cálculo en píloro. Duodenotomía y extracción del cálculo.

DISCUSIÓN. El síndrome de Bouveret produce una tasa de mortalidad del 38%. Presenta síntomas vagos en pacientes con múltiples comorbilidades, siendo un reto el diagnóstico. La triada de Rigler en la radiografía abdominal (neumbilia, obstrucción intestinal y litiasis biliar ectópica) está presente en el 12% de los casos. El CT posee una sensibilidad y especificidad del 97%. La endoscopia es la primera opción, pero el 90% requerirán enterolitotomía, doudenotomía o gastrostomía para extraer el cálculo. En pacientes de elevado riesgo quirúrgico, la colecistectomía y reparación de la fístula se harán en un segundo tiempo. La litotricia es una opción en estos pacientes.

CONCLUSIONES. 1) El síndrome de Bouveret tiene una mortalidad relevante. 2) El diagnóstico preoperatorio es un desafío. 3.) En pacientes de alto riesgo quirúrgico se realizará la colecistectomía y cierre de la fístula en un segundo tiempo.

PO-68**HERNIA DE SPIEGEL COMO CAUSA DE ÍLEO BILIAR PERFORADO**

Esther Colmenarejo García, Luis Sánchez-Urdazpal,
Elena Martín Pérez, Marcello Di Martino, Aroa Abascal Amo,
Mar Achalandabaso Boira, Fernando Díaz Rojas

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El íleo biliar da nombre a la obstrucción mecánica intestinal causada por la impactación de uno o varios cálculos biliares en el intestino delgado, siendo la fístula bilio-entérica el

principal mecanismo patogénico. Sólo un 1%-4% de las obstrucciones intestinales mecánicas son causadas por un íleo biliar, siendo extremadamente rara la perforación asociada.

CASO CLÍNICO. Varón de 91 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho de 6 días de evolución asociado a distensión abdominal y vómitos biliosos, con ausencia de tránsito para gases desde hace 48 horas. Presenta buenas constantes, abdomen distendido, doloroso en FID, donde se palpa masa de consistencia dura. En la radiografía de abdomen simple se aprecia dilatación de asas de intestino delgado en mesogastrio y en la analítica leucocitosis con neutrofilia. La tomografía computarizada informa de fístula bilio-gástrica, dilatación de intestino delgado probablemente secundaria a íleo biliar en asa de íleon distal con signos de sugieren isquemia de la pared y hernia de Spiegel derecha. Posteriormente el paciente comienza con taquicardia, empeoramiento del dolor abdominal, defensa y signos de irritación peritoneal, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente, accediendo a cavidad abdominal a través de laparotomía media, apreciando una peritonitis difusa, perforación en íleon terminal por cálculo biliar previa a asa de intestino delgado herniada a través de hernia de Spiegel. Se realiza resección de intestino delgado afecto con anastomosis primaria y abundante lavado sin intervenir sobre la fístula colecisto-gástrica. Mala evolución postoperatoria del paciente falleciendo el 2^o día postoperatorio por fracaso multiorgánico.

CONCLUSIONES. La intervención quirúrgica es obligatoria en la perforación intestinal por íleo biliar, así como la resección del segmento afecto, no siendo recomendable la actuación sobre la fístula bilio-entérica en un mismo tiempo, sino en un segundo tiempo con mejores condiciones.

PO-69**SERIE DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO**

E Berroa de la Rosa, C Tafur, G González, T Álvarez Gago, N
Alcaide, B Velayos, L Fernández-Salazar, JM González

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. Adenocarcinoma, linfoma, GIST y carcinoide son los tumores más frecuentes del intestino delgado.

OBJETIVOS. Describir la frecuencia, localización, manifestaciones clínicas, tratamiento y pronóstico del adenocarcinoma primario de intestino delgado.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes a los que se diagnosticó un adenocarcinoma localizado en intestino delgado desde enero de 2000 a diciembre de 2012. Se han excluido del estudio los casos de ampuloma.

RESULTADOS. Se identificaron 59 casos, 46 eran secundarios a otros tumores, y 13 primarios. La mediana de edad fue 74 años (58-86) y la proporción hombre: mujer fue 1:1,1. Diez estaban en el duodeno, 3 fuera del duodeno, 2 en íleon distal (uno en un divertículo) y en otro no se indicó una localización más precisa. La clínica fue: Vómitos y dolor abdominal en 9, hemorragia digestiva en 3, e ictericia obstructiva en uno. El diagnóstico histológico se estableció con endoscopia en nueve incluyendo un caso de tumor de íleon. Se reconoció extensión a otros órganos en 6 pacientes (a hígado o peritoneo en cuatro pacientes, a pulmón en otro y a anejo derecho). En 10 casos se realizó cirugía (duodenopancreatectomía cefálica en tres, resección en tres, o derivación quirúrgica paliativa en cuatro casos). No es conocida la evolución o supervivencia de 4

pacientes. El tiempo de supervivencia desde el diagnóstico de los nueve pacientes restantes fue 4 meses (mediana) con supervivencia a los 6 meses del diagnóstico del 33%.

CONCLUSIONES. El adenocarcinoma primario de delgado es infrecuente, se presenta a partir de la sexta década principalmente en el duodeno por lo que la endoscopia convencional es útil en su diagnóstico. En la mitad de los casos el tratamiento es paliativo y el pronóstico es malo.

PO-70

LINFOMAS PRIMARIOS DE INTESTINO DELGADO: SERIE DE 15 PACIENTES

E. Berroa, G González, C Tafur, A García de Coca, T Álvarez Gago, B Velayos, L Fernández-Salazar, JM González

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO, HEMATOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN. El linfoma intestinal primario es uno de los tumores de intestino delgado primarios más frecuentes. Se describe un aumento de su incidencia en países occidentales.

OBJETIVOS. Describir frecuencia, tipo histológico y clínica del linfoma intestinal primario.

MÉTODOS. Se han revisado los diagnósticos de linfoma de intestino delgado desde enero de 2000 a diciembre de 2012.

RESULTADOS. Hubo 18 casos, 3 de ellos recidivas de LNH esplénico-ganglionar y linfoma del manto gastrocolónico. La mediana de edad fue 67 años (38-82), 73% varones. Dos pacientes padecían infección por VIH. La localización fue: Duodenal (2), yeyunal (2), ileal (4), multifocal (4, con afectación de ileon) y sin localización precisa (3). Los tipos fueron: LNH de células grandes B (LCGB) (4), Malt (4), mixto LCGB-Malt (1), linfoma del manto (3), linfoma folicular (1) y linfoma por enteropatía de células T (LT) (2). Había invasión de médula ósea en 2/10 casos, ambos con extensión a otros órganos. Además 2 LCGB se extendían a pleura y pulmón respectivamente. La clínica fue perforación intestinal en los LT y en 2 casos de LCGB, obstrucción intestinal en 3 casos de Malt, masa abdominal en 2 casos y dolor abdominal, pérdida de peso y síntomas menos específicos en el resto. El diagnóstico del linfoma folicular se pudo considerar casual. El tratamiento fue quirúrgico en el 53% y QT el 73%. Los dos LT recibieron TMO. La mediana de seguimiento fue 29 meses (1-102). El seguimiento se perdió en 2 pacientes, 5 fallecieron. 7/8 pacientes restantes sobrevivieron a los 24 meses.

CONCLUSIONES. El linfoma intestinal es más frecuente en varones, se diagnostica a partir de la cuarta década de la vida, predomina en el ileon, son más frecuentes LCGB y Malt. La clínica y pronóstico son muy variables.

PO-71

FIBROMATOSIS MESENTÉRICA Y TUMORES DESMOIDES MÚLTIPLES COMO COMPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE GARDNER

Esther Colmenarejo García, Carmen Montes López, Alberto Gimeno Calvo, Aroa Abascal del Amo, Guillermo Fernández Díaz, Fernando Díaz Rojas

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La fibromatosis mesentérica es una forma rara de proliferación fibroblástica benigna, de crecimiento lento y local-

mente invasiva, que afecta fundamentalmente al mesenterio. Al igual que los tumores desmoides, aparece en un 20-25% de las poliposis colónicas familiares (Síndrome de Gardner), siendo la mutación del gen APC, los traumatismos, las cirugías previas y el estímulo estrogénico factores de riesgo para padecerlos.

CASO CLÍNICO. Mujer de 25 años, diagnosticada de Síndrome de Gardner, que presenta masa dolorosa en flanco izquierdo. Se realiza tomografía computarizada (TC) que informa de dos lesiones compatibles con tumores desmoides en músculo recto anterior izquierdo de 3 y 4 cm de diámetro. En la colonoscopia presenta poliposis colónica múltiple (más de 50 pólipos) a partir de 30 cm del margen anal. Se interviene realizando colectomía total con preservación de recto y anastomosis ileorrectal y resección con márgenes de ambos tumores desmoides. La paciente rechaza seguimiento. 3 años después de la cirugía y tras gestación a término, presenta en TC abdominal fibromatosis mesentérica que atrapa vasos mesentéricos con hidronefrosis de uréter izquierdo irreseccable. En Sesión Multidisciplinar se decide tratamiento con radioterapia, Tamoxifeno y antiinflamatorios y colocación de doble J, no siendo efectivo por mala adherencia. Se deriva a la paciente a Centro Especializado para valorar trasplante intestinal.

CONCLUSIONES. El tratamiento de los tumores desmoides es complejo y debe ser multidisciplinario. El tratamiento de elección es la extirpación completa con márgenes si es posible. Los tratamientos adyuvantes como el Tamoxifeno, la Indometacina, los AINEs y la radioterapia presentan resultados contradictorios, siendo el trasplante intestinal la única opción terapéutica en casos seleccionados.

PO-72

PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO NORMOCALCÉMICO.

Melvyn Peña

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN. El hiperparatiroidismo normocalcémico (HPTN) se considera una forma incipiente o frustrada de hiperparatiroidismo primario aunque con múltiples manifestaciones clínicas y diversos orígenes, sin embargo, No existe en la literatura casos de pancreatitis crónica secundarios a HPTN.

CASO CLÍNICO. Mujer de 49 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo II y dislipemia. La paciente ingresa por dolor abdominal localizado en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y mesogastrio, acompañado de diaforesis y nauseas sin vómitos. Refiere haber tenido episodios previos similares.

En las exploraciones complementarias destacaban: Análítica Amilasa 276 UI/l, calcio sérico 9, PTH 190. TC Abdominal: Páncreas con calcificaciones en toda su longitud. Tres colecciones sugerentes de pseudoquistes, la mayor de 106 mm en retroperitoneo izquierdo. Se descartaron las causas más frecuentes de pancreatitis entre otras (cálculos en vía biliar, autoinmune, etilismo, medicamentosa).

La paciente presentó fascie cushinoide y PTH elevada. Fue estudiada a nivel endocrinológico (test Nugent, Eco de paratiroides, gammagrafía de paratiroides) diagnosticándose de HPTN y Síndrome de Cushing por adenoma funcionante. RMN de control 2 meses después objetiva progresión de colecciones, con desplazamiento del riñón izquierdo encontrándose la paciente sintomática.

Por imposibilidad de drenaje percutáneo o por endoscopia de colecciones por interposición vascular se decide drenaje quirúrgico.

co realizándose pancreatectomía corporocaudal y supraadrenalectomía derecha.

El estudio anatomopatológico fue compatible con pancreatitis crónica calcificante y adenoma suprarrenal.

CONCLUSIONES. La pancreatitis crónica puede ser una de las manifestaciones del HPTN. No encontramos otros casos descritos en la literatura y de la experiencia del caso descrito creemos conveniente sospechar el HPTN como causa etiológica. en toda pancreatitis crónica calcificante de etiología "idiopática", aun con normocalcemia.

PO-73

ANÁLISIS CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROINTESTINALES.

*Diana João Matias, Luis Vaquero Ayala, Begoña Álvarez Cuenllas,
Nereida Fernández Fernández, Cristina Pisabarras Blanco,
Marta Aparicio Cabezudo, Laura Rodríguez Martín,
Santiago Vivas, José Luis Olcoz*

CENTRO ASISTENCIAL HOSPITALARIO DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN. Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) son un grupo de neoplasias raro, que representa el 2% de los tumores gastrointestinales. Sin embargo su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años.

OBJETIVOS. Evaluar la incidencia y epidemiología de TNE-GEP en nuestro hospital, comparar el rendimiento diagnóstico de diferentes técnicas de imagen y analizar factores pronósticos.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se seleccionaron los pacientes diagnosticados desde 2003 hasta 2012. Se analizó sexo, edad, localización, clínica, histología, Ki67, metástasis, supervivencia, diagnóstico por técnicas de imagen, tratamiento y niveles séricos de cromogranina A y ácido 5-hidroxiindolacético en orina.

RESULTADOS. Se incluyeron 54 pacientes (58.7 años + 20.5), 53.7% varones. Se observó incremento de casos diagnosticados en este período (máximo 14 casos en 2011). La localizaciones más frecuentes fueron intestino delgado (26%), páncreas (18.5%), estómago (18.5%) y apéndice (16.7%). 40.7% presentaban metástasis. La clínica más frecuente fue el dolor abdominal (40.7%). La mayoría, 44.4%, tumores G1. 63% fue intervenido y 75.9% recibió tratamiento quimioterápico. 11 pacientes fallecieron (20.4%). El octreoscan diagnosticó 66.7%, porcentaje similar al TC toracoabdominal (67.3%), concordancia de 83.3% (Kappa=0.694). La RM diagnosticó 85.8%, concordancia con el octreoscan de 66.6% (Kappa=0.672) y con el TC de 80% (Kappa=0.613). Los fallecidos tenían edad más avanzada (67.6 vs 56.4; p=0.04) y síndrome general asociado (80% vs 20%; p<0.05). El Ki67 fue superior en los pacientes fallecidos (35.9 vs 16.4; p=0.04). Además niveles de cromogranina A superiores a 2000 UI/ml al diagnóstico (p=0.04) y postratamiento (p=0.02) conllevan mayor riesgo de defunción.

CONCLUSIÓN. En la última década se ha producido un incremento de la incidencia de los TNE-GEP. Las técnicas diagnósticas de imagen diagnostican la enfermedad en gran porcentaje de casos con elevada concordancia. Edad elevada, Ki67 alto, presencia de síndrome general y altos niveles de cromogranina al diagnóstico y postratamiento son considerados factores de mal pronóstico.

PO-74

PREVALENCIA DE LAS DIFERENTES ETIOLOGÍAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN BURGOS.

*Bernad Cabredo B, Moncada Urdaneta AC, Badía Aranda E,
Fernández Marcos C, Sáez-Royuela F, Ramos Rosario HA*

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU).

INTRODUCCIÓN. La principal etiología de pancreatitis aguda (PA) en nuestro medio es la litiasis biliar (40%) seguida de cerca por la pancreatitis etílica (30%). Otras etiologías menos prevalentes son: la causa no filiada (20%), post-CPRE (4%) y en menor porcentaje medicamentosa y pancreatitis crónica reagudizada.

MÉTODO. Estudio descriptivo prospectivo que analiza la etiología de las PA en una cohorte de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) entre el 1/8/2012 y el 21/3/2012 con el fin de conocer si las causas de PA recogidas coinciden con las descritas como más frecuentes.

RESULTADOS. Incluimos 93 pacientes ingresados por PA, de los cuales el 52% eran hombres y únicamente 2 eran extranjeros. La etiología principal de los pacientes recogidos fue la biliar en 73 pacientes (78%), sin filiar en 9 (10%), seguido por alcohol en 3%, reagudización de pancreatitis crónica (3%), CPRE (2%) y medicamentosa (2%).

CONCLUSIÓN. La causa biliar continúa siendo la principal etiología de la PA, lo que también se cumple entre nuestros pacientes. Sin embargo, encontramos que la incidencia de PA de etiología enólica en Burgos es sorprendentemente menor que en las series de referencia. La etiología más frecuente de cirrosis y de trasplante hepático en Burgos y en Castilla y León, respectivamente, es la enólica. Llama la atención la sustancial prevalencia de cirrosis de etiología alcohólica frente a un porcentaje de PA de origen enólico reducido comparando con las principales series. Además observamos que la inmigración no influye en la elevada prevalencia del origen biliar, ya que el porcentaje de extranjeros con PA recogidos es bajo.

PO-75

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA.

*Moncada Urdaneta AC, Bernad Cabredo B, Fernández Marcos C,
Badía Aranda E, Sáez-Royuela F, Ramos Rosario HA*

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.

INTRODUCCIÓN. La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad con aumento de su incidencia, asociada a mortalidad elevada en casos graves. Nuestro objetivo es conocer los datos epidemiológicos de pacientes con PA en Burgos.

MÉTODOS. Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con PA ingresados en nuestro hospital del 01/08/2012 al 31/03/2013.

RESULTADOS. Estudiamos 93 pacientes, 52% hombres, edad media de 64 +/- 20,9. El 25% tenía IMC normal, 48% sobrepeso y 23% obesidad. La etiología principal era biliar en 73 pacientes (78%), sin filiar en 10%, seguido por agudizaciones de pancreatitis crónica, CPRE, alcohol o medicamentos (en 3%, 3%, 2% y 2% respectivamente). La mediana de estancia hospitalaria fue de 8 +/- 3 días. Ingresaron en UCI 4 (4,3%), la tasa de mortalidad de 0,02 por cada 1.000 habitantes y la tasa de incidencia de 77 casos por cada

100.000 habitantes/año. Tenían factores pronósticos de gravedad por PCR el 31%, RANSON 18%, APACHE II 42%, APACHE II-O 50%, BISAP 4%, Glasgow 35%, SIRS 13%. Se realizó TAC a 39,8%, presentando la mayoría grado C (43,2%), y 65% índice de gravedad tomográfico entre 2-6 pts, con necrosis pancreática en 4 casos. Se hizo drenaje de colecciones a 5 pacientes, siendo el cultivo positivo en el 50%. El 24% presentó fallo de órgano y un 34% derrame pleural. Requirieron soporte nutricional 11,8% y tratamiento anti-biótico 38,7%.

CONCLUSIONES.

La incidencia de PA en Burgos es superior a la descrita en la literatura, con alta prevalencia de pacientes con IMC elevado, así como del origen biliar, comparado con otras series. La complicación local predominante fue el derrame pleural y 25% desarrolló fallo de órgano. En un alto porcentaje se realizó tomografía (40%), cambiando el manejo en una cuarta parte, condicionado por la presencia de necrosis o colecciones.

PO-76

CARCINOMA VERRUCOSO ESOFÁGICO: DIAGNÓSTICO COMPLEJO Y CONTROVERTIDO.

Verónica Martín D¹, M^a del Carmen Rodríguez-Grau¹, Mercedes Guijarro-Rojas², Almudena Marinero M¹, María Caldas¹, José A. Moreno-Monteagudo¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El carcinoma verrucoso esofágico (CVE) es una variante histológica muy poco frecuente del carcinoma escamoso esofágico, recientemente relacionado con la infección por el virus del papiloma humano (VPH). En la mayoría de los casos descritos no se logra alcanzar el diagnóstico de certeza, hasta la realización de varias endoscopias digestivas con toma de múltiples biopsias, siendo necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

CASO CLÍNICO. Varón de 74 años, fumador, con sintomatología de disfagia progresiva, por lo que se realizaron múltiples endoscopias digestivas altas (EDA) que mostraban un tumor exofítico, mamelonado y friable. Las biopsias repetidas revelaban fragmentos de celularidad escamosa y abundantes láminas de queratina sin rasgos de malignidad. Se realizó ultrasonografía endoscópica (USE) y tomografía computarizada (TC) confirmándose un engrosamiento mural circunferencial de la pared del tercio distal esofágico, de aspecto irregular, sin evidencia de extensión a distancia. En las últimas biopsias tampoco fué posible un diagnóstico de certeza de malignidad por la ausencia de atipia. Sin embargo, apoyándose en los datos clínicos y endoscópicos, se planteó la posibilidad diagnóstica de un carcinoma epidermoide bien diferenciado de tipo verrucoso. Se decidió intervenir quirúrgicamente, observándose una tumoración esofágica con infiltración del hilio pulmonar, irreseccable. Tras la cirugía el paciente falleció por fallo multiorgánico no pudiéndose estudiar la pieza quirúrgica.

CONCLUSIÓN. El CVE, debido a su comportamiento clínico, a las características endoscópicas y radiológicas, aunado a la ausencia de evidencia de malignidad en la histología, requiere de un alto índice de sospecha diagnóstica. A pesar de su larga evolución, siempre que sea posible, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica según la estadificación tumoral, por el bajo potencial metastizante de esta neoplasia.

PO-77

INFARTO IDIOPÁTICO DEL OMENTO MENOR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA DOLOROSA EN EPIGASTRIO.

Verónica Martín D, María Caldas, Mariano Aguilar, Almudena Marinero

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. El infarto del omento (IO) es una rara causa de dolor abdominal agudo, que puede ocurrir en cualquier localización del abdomen. Es más frecuente el IO mayor, siendo extremadamente infrecuente el IO menor, habiéndose comunicado menos de 10 casos en la literatura presentándose con dolor en epigastrio.

CASO CLÍNICO. Mujer de 39 años de edad que acudió a urgencias por dolor abdominal y en la exploración física destaca la presencia de una masa en epigastrio. El diagnóstico diferencial se hizo con enfermedad ulceropéptica y una tumoración adyacente al páncreas, observada por ecografía abdominal. La gastroscopia mostró una masa submucosa vs compresiva extrínseca en el estómago, y la ecoendoscopia fue normal. El diagnóstico definitivo de IO se realizó a través de la tomografía computarizada (TC), la cual identificó una masa heterogénea, en la transcavidad de los epiploes, con imágenes hiperatenuadas en su interior, habiéndose descartado otras posibles etiologías. El manejo fue conservador y la evolución clínica y radiológica fue favorable.

CONCLUSIÓN. El IO menor, a pesar de su baja frecuencia, debe ser incluido dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal y masa en epigastrio, cuando se hayan descartado las causas más habituales. El diagnóstico definitivo, a través de la TC o ecografía, es indispensable para establecer el tratamiento adecuado, y es de vital importancia el conocimiento de esta patología, así como afinar los criterios radiológicos para su reconocimiento. El manejo conservador estuvo indicado en todos los casos de IO menor conocidos, incluida nuestra paciente, con evolución favorable, por lo que se reserva la cirugía para los casos en los que el diagnóstico radiológico sea incierto o el deterioro clínico lo precise.

PO-78

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA ASOCIADA AL RIÑÓN DE MIELOMA.

Mercedes Garrido Martínez, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Rodenas, María Isabel Ramón Ruiz, Gabriel Rodríguez Toboso, José María Moreno Planas, Ricardo Pérez Flores, María Montealgre Barrejón, Karima María Villena Moreno, Ponciano Martínez Rodenas, María Isabel Ramón Ruiz, Gabriel Rodríguez Toboso, José María Moreno Planas, Ricardo Pérez Flores

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

INTRODUCCIÓN. Aproximadamente el 80% de las pancreatitis agudas están relacionadas con el consumo de alcohol o la patología biliar. Entre las causas restantes se encuentra la hipercalcemia, generalmente por hiperparatiroidismo. Presentamos un caso infrecuente de pancreatitis aguda por hipercalcemia asociada al riñón del mieloma.

CASO CLÍNICO. Varón de 43 años que acude al Servicio de Urgencias por epigastralgia de 48h de duración y náuseas. Niega hábitos tóxicos. Consume Ibuprofeno de forma ocasional por lumbalgia. No otros antecedentes de interés. Refiere síndrome constitucional con pérdida de 10 kg de peso en los últimos 2 meses. A la

exploración física presenta dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal. En las pruebas de laboratorio destaca creatinina 3,7 mg/dL; urea 100 mg/dL; GOT 23 U/L; bilirrubina 1 mg/dL; amilasa 2662 U/L; pH 7,44; Ca iónico 1,68; Ca plasmático 14,5. En TC se observan hallazgos compatibles con pancreatitis grado E de Balthazar y una lesión lítica en L3. El paciente presenta deterioro progresivo de la función renal y aumento de la calcemia, requiriendo su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, y precisando hemodiálisis. En orina proteínas de 3,32 g/l y banda monoclonal de cadenas ligeras Lambda. Se realiza aspirado de médula ósea que confirma el diagnóstico de mieloma múltiple de Bence-Jones.

DISCUSIÓN. Son pocos los casos publicados de pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia y mieloma múltiples. La hipercalcemia se produce por aumento de la resorción ósea por activación de los osteoclastos y multiplica por 10 el riesgo de padecer una pancreatitis. Una vez descartadas las etiologías más comunes, hay que tenerla en cuenta, más aún si supone la manifestación clínica de debut de una neoplasia como en este caso. En el manejo del paciente es importante tratar de forma intensiva la hipercalcemia y filiar el origen de la misma.

PO-79

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD DE LA AFECTACIÓN HEPÁTICA EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA.

Almudena Marinero, Rosa María Girón, María Caldas,
Verónica Martín, Luisa Consuelo García-Buey

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. Gracias a las continuas mejoras en el tratamiento, la supervivencia en pacientes con fibrosis quística ha aumentado exponencialmente y la afectación hepática en los adultos se postula como un factor que puede tener impacto en su calidad de vida y supervivencia.

OBJETIVO. Evaluar la prevalencia de hepatopatía en adultos con fibrosis quística.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo con 70 pacientes mediante la revisión de las historias clínicas y los archivos informáticos existentes, incluyendo datos clínicos, la última ecografía abdominal y analítica completa disponibles.

RESULTADOS. De los 70 pacientes, el 51,4% eran varones con una edad media de 29 años. El 98,4% eran de raza caucásica. 50 eran portadores de la mutación F508del. Ningún paciente presentaba alteraciones clínicas significativas; 7,5% presentaban alteraciones analíticas. En cuanto a los hallazgos ecográficos, el 12,5% presentaban hepato y/o esplenomegalia, 12,5% presentaban esteatosis y 3,1% datos de hepatopatía crónica.

CONCLUSIÓN. Teniendo en cuenta estos tres factores, el 25,4% de los pacientes presentaban, en el momento de realizar el estudio, afectación hepática. La afectación fue predominantemente leve.

PO-80

ESOFAGITIS Y ÚLCERAS DUODENALES POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO POR ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA.

C. Chavarría-Herbozo, V. Jusué, Y. Real, J. Mendoza

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

INTRODUCCIÓN. La afectación gastrointestinal por citomegalovirus (CMV) puede ser localizada o extensa y ocurre casi exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos.

CASO CLÍNICO. Varón de 75 años con antecedente de tratamiento con quimioterapia por Linfoma No Hodgkin, actualmente en remisión. Acude por dolor epigástrico y dos vómitos en "posos de café". La endoscopia digestiva alta (EDA) urgente evidenció múltiples úlceras duodenales cubiertas de fibrina sugerentes de isquemia intestinal por lo que se realizó un TC-abdominal, descartándose esta posibilidad.

Durante la hospitalización, el paciente presentó deterioro del estado general, requiriendo múltiples transfusiones por episodios intercurrentes de melenas. Al día 15 una nueva EDA evidenció toda la superficie esofágica desepitelizada, con grandes áreas de pérdida de mucosa, fibrina, friabilidad intensa y sangrado espon-táneo, tomándose múltiples biopsias. La mucosa del estómago presentaba un aspecto edematoso, con palidez leve y múltiples petequias. En duodeno, se encontraron múltiples úlceras cubiertas de fibrina.

En las biopsias esofágicas se encontraron abundantes inclusiones intranucleares de CMV. El estudio microbiológico en sangre: PCR CMV: 3085 copias/ml, VIH: Negativo, CD4: 403 células/ul, CD8: 1080 células/ul. Se inició tratamiento con ganciclovir 5 mg/kg/12 horas vía intravenosa tras lo cual el paciente presentó mejoría progresiva del cuadro clínico. A la semana se comprobó una disminución de la viremia y una nueva EDA evidenció mejoría de las lesiones descritas.

DISCUSIÓN. Las principales causas de inmunodepresión asociadas a infección por CMV son el trasplante de órganos y la infección por VIH, siendo menos reconocida la asociada a quimioterapia. Nuestro paciente presenta una inmunodepresión adquirida por quimioterapia previa, presentando diversas lesiones a nivel del tracto digestivo superior cuya expresión clínica principal fue la hemorragia digestiva.

CONCLUSIÓN. La afectación extensa del tracto digestivo en un paciente con inmunodepresión debería hacer sospechar de infección por CMV.

PO-81

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ACHALASIA PRIMARIA.

A Sardiña, C Santander

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN. La Manometría de Alta Resolución (HRM) permite la clasificación de la Achalasia en tres subtipos: Tipo I (no presurización del cuerpo esofágico), Tipo II (con presurización) y Tipo III (presencia de contracciones espásticas).

OBJETIVO. Determinar la distribución de subtipos de Achalasia y las características más relevantes de los pacientes de la Unidad de Motilidad Digestiva del "Hospital Universitario de La Princesa", estudiados en el período 2009-2013.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron los registros de las HRM realizadas en la Unidad de Motilidad Digestiva, en el período comprendido entre los años 2009 y 2013. Se hizo un análisis descriptivo de los datos con el programa SPSS, a través de tablas de contingencia y frecuencia.

RESULTADOS. 49 registros fueron analizados y tres descartados por no tener acceso a la HC. Quedaron incluidos 46 registros de 39 enfermos, 22 hombres (56.4%) y 17 mujeres (43.6%). La edad media fue 54.8 años, con un intervalo de 16-84 años. En la distribución por subtipos, 8 casos corresponden al tipo I (20.5%), 21 al tipo II (53.8%) y 10 al tipo III (25.6%). El síntoma predominante fue la disfagia con 37 casos (80.4%) seguida de pérdida de peso en 19 pacientes (41.3%), dolor torácico en 16 (34.8%) y regurgitación en 11 (23.9%). Otros fueron, vómitos (21.7%), pirosis (10.9%) y tos (6.5%). 16 casos ya habían recibido tratamiento, 10 cirugía (62.5%) y 6 dilatación (37.5%). Respecto a la HRM, en 12 registros (60%) el EEI era normotenso (presión de reposo entre 10-35mmHg), en 6 hipotenso (30%, < 10mmHg) y en 2 hipertenso (16%, >35mmHg). La media de la Presión de reposo del EEI fue de 17.5mmHg. En 12 estudios la Presión de relajación integrada (IRP) fue menor de 15mmHg y en 8 mayor. El valor medio de la IRP en este grupo fue de 13.10mmHg. 4 pacientes fueron refractarios a tratamiento, presentando un valor de la IRP < de 15mmHg y una media de 10.1mmHg. 26 pacientes aún no habían recibido tratamiento, 16 (61.5%) presentaban el EEI normotenso y 8 de ellos hipertenso (30.8%), con una media de la presión de reposo del EEI de 39.6mmHg. 4 pacientes tuvieron una IRP < 15mmHg y 20 de ellos mayor, con una media de 22.31mmHg. Dos pacientes no se evaluaron por imposibilidad de pasar la sonda a cavidad gástrica. El 100% de los estudios presentó aperistalsis, 10 presentaron peristalsis interrumpida y en 21 existió presurización panesofágica.

CONCLUSIONES. 1.- El Subtipo II de Achalasia es el más frecuente entre los pacientes estudiados. 2.- Los pacientes tratados tienen una Presión de reposo del EEI y una IRP menor que los pacientes no tratados. 3.- La refractariedad al tratamiento se asocia a una IRP > de 10mmHg.
