



COMUNICACIONES ORALES

CO01. SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA EXPOSICIÓN INTRAUTERINA A FÁRMACOS ANTI-TNF PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO TEDDY

Chaparro M¹, Magro F², Savarino E³, Zabana Y⁴, Pugliese D#5, Casanova MJ¹, Gisbert JP¹, En representación de los investigadores del estudio Teddy¹.

¹Universitario de la Princesa, IIS-IP y CIBEREHD, Madrid, España. ²Centro Hospitalar Sao Joao, Portugal. ³University of Padua, Italia. ⁴Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa, España. ⁵Complejo Integrato Columbus Catholic University, Italia.

INTRODUCCIÓN

Existen pocos datos sobre la seguridad a largo plazo de la exposición intrauterina a fármacos anti-TNF α .

Objetivos: Evaluar el riesgo de infecciones graves (aquellas que motivaron ingreso hospitalario) en los hijos de madres con EII con exposición intrauterina a fármacos anti-TNF α , en comparación con los hijos de pacientes con EII no expuestas a estos fármacos durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico, de cohortes. Cohorte expuesta (CE): Hijos de madres con EII en tratamiento con anti-TNF α (con o sin tiopurinas) en cualquier momento de la gestación o en los 3 meses previos a la concepción. Cohorte no expuesta (CNE): Hijos de madres con EII no expuestas a anti-TNF α ni tiopurinas ni durante la gestación ni en los 3 meses previos a la concepción. La incidencia acumulada de infecciones graves tras el nacimiento se estimó mediante curvas de supervivencia (Kaplan-Meier); la comparación entre curvas se realizó mediante el test de log-rank. Mediante regresión de Cox, se identificaron potenciales factores asociados con el riesgo de infecciones graves.

DISCUSIÓN

Se han incluido 222 niños. De ellos, 105 (47%) habían estado expuestos a anti-TNF α durante la gestación. Entre ellos, en el 39% se mantuvo el tratamiento anti-TNF α durante todo el embarazo. La mediana de tiempo de seguimiento tras el nacimiento fue de 33 meses en la CE y de 74 meses en la CNE ($p=0,3$). La proporción de madres con enfermedad de Crohn y con antecedentes de cirugía por la EII fue mayor en la CE que en la CNE (52% vs. 80%, $p<0,001$) y (34% vs. 19%, $p=0,01$), respectivamente. La frecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y recién nacido fue similar en la CE y en la CNE. El porcentaje de niños con lactancia materna fue más elevado en la CNE que en la CE (81% vs. 58%, $p<0,001$). La mayoría de los niños fueron vacunados siguiendo las recomendaciones locales. 21 niños (9,5%) desarrollaron infecciones graves a lo largo del seguimiento. La tasa de incidencia de infecciones graves fue similar en la CNE y la CE (3,1 vs. 2,3% persona-año). La estancia hospitalaria por infecciones graves fue más prolongada (9 vs. 4,6 días, $p=0,01$) y el porcentaje de niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos más elevado (75% vs. 25%, $p=0,04$) en la CE en comparación con la CNE. Ningún niño desarrolló cáncer a lo largo del

seguimiento. En el análisis multivariante, ajustado por el bajo peso al nacer, el nacimiento pretérmino fue el único factor asociado con un mayor riesgo de infecciones graves (HR=3,9; IC95%=1,2-12,2). La exposición intrauterina a fármacos anti-TNF α no se asoció a un mayor riesgo de infecciones graves a largo plazo (HR: 0,5; IC95%=0,2-1,3).

CONCLUSIONES

Según los resultados preliminares de nuestro estudio, la exposición intrauterina a fármacos anti-TNF α no se asocia con un mayor riesgo de infecciones graves en los niños, ni a corto ni a largo plazo. Las diferencias en la gravedad de las infecciones en la CE deberá ser considerada en futuros estudios.

CO02. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE SCREENING DE DISPLASIA CON CROMOENDOSCOPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Sicilia B¹, Muñoz JF², García-Alvarado M³, Velados B⁴, Fernández N⁵, Barrio J⁶, Arias L¹, Hernández-Villalba, L⁷.

¹Complejo Asistencial de Burgos. ²Complejo Hospitalario de Salamanca. ³Complejo Asistencial de Zamora. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁵Complejo Hospitalario de León. ⁶Hospital Rio Hortega de Valladolid. ⁷Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero.

INTRODUCCIÓN

La cromoendoscopia detecta 9 veces más lesiones que las biopsias a ciegas en los programas de screening de cáncer de colon en la EII por lo que es la técnica aconsejada en las principales guías y consensos.

Objetivo: Analizar los resultados del programa de screening realizado en varios hospitales del ámbito de GEICYL mediante cromoendoscopia y la influencia de la experiencia en la rentabilidad de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los datos de manera ambispectiva de todas las cromoendoscopias realizadas desde octubre 2012 hasta septiembre de 2016. La cromoendoscopia se realizó con índigo carmín al 0,2-0,4% según criterio del endoscopista administrado con catéter spray y con colonoscopios de alta definición. Se realiza un análisis descriptivo de los hallazgos y se calcula la rentabilidad diagnóstica del patrón de Kudo y el índice de Kappa para ver el grado de acuerdo con la presencia de displasia.

DISCUSIÓN

Se incluyeron 290 pacientes (45,5% mujeres y 54,5% varones) diagnosticados de enfermedad de Crohn de colon (63), de colitis ulcerosa (216; 37,2% colitis extensa) o colitis inflamatoria (9) que cumplían criterios de la ECCO para ser incluidos en un programa de screening de CCR. La edad media era de 54,19 (SD 11,72) años y la duración de la enfermedad era de 18,8 (SD 9,1) años. La preparación fue adecuada (Boston ≥ 6) en el 58,3%. Existía actividad endoscópica en el 28,3% de los pacientes (Mayo 1= 15,9%

y Mayo 2= 6,9%) e histológica en el 27,9%. Se hallaron un total de 1240 lesiones en los 290 pacientes (4,28 lesiones/paciente). La mayoría de las lesiones se encontraron en colon izquierdo (65,79%) seguidas del recto (15,18%). Un 13,7% de las lesiones tenía potencial neoplásico: 129 con DBG (10,79%), 4 (0,33%) con DAG y 1 adenocarcinoma. La mayoría de las lesiones no displásicas eran hiperplásicas (31,9%). La correlación entre los patrones de Kudo predictores de displasia (\geq III) y la presencia de displasia era baja (Kappa 0,209; $p < 0,001$) con un área bajo la curva de 0,622 (Sensibilidad: 35,4%, especificidad: 89,4%, VPP: 25,9% y VPN: 92,7%). Detectamos la influencia de la curva de aprendizaje siendo la correlación en las últimas 50 exploraciones del centro con mayor número de casos incluidos mayor que en las 50 primeras (Kappa: 0,365; $p = 0,005$ vs kappa: 0,1) con una mejoría en la rentabilidad diagnóstica: S=66,7%, E=86,2%, VPP=66,7%, VPN=96,2% y un área bajo la curva de 0,764. En el análisis multivariante, sólo la preparación de la colonoscopia fue factor predictivo de displasia.

CONCLUSIONES

- 1.- Un programa de cromoendoscopia en la EII detecta lesiones displásicas en 1 de cada 10 pacientes.
- 2.- Es frecuente la presencia de actividad endoscópica o histológica asintomática.
- 3.- El número de lesiones encontradas de baja significación es elevado consumiendo tiempo y recursos por la toma de biopsias y su análisis histológico.
- 4.- La capacidad del patrón de criptas de Kudo para predecir displasia es baja aumentando con la experiencia con un elevado VPN que podría evitar la toma de biopsias de las lesiones con patrones I-II de Kudo.
- 5.- La implantación de programas de formación en la técnica es necesaria para mejorar la eficiencia de la técnica.

CO03. REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO (RGER) AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBPS). ¿INHIBICIÓN INCOMPLETA DEL ÁCIDO O ERROR DIAGNÓSTICO?

Zatarain Valles A, Ruiz de León San Juan A, Sevilla Mantilla MC, Pérez de la Serna Bueno JA, López García ON, Rey Díaz-Rubio E.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La utilización de IBPs representa el principal tratamiento en la ERGE, y ha demostrado su eficacia tanto en el control de la inflamación como en el de los síntomas. Sin embargo, entre un 10-20% de pacientes presentan persistencia de síntomas o de lesiones con dicho tratamiento.

Objetivo: Valorar la presencia de reflujo ácido en pacientes remitidos a estudio a nuestro Servicio, con el diagnóstico de RGER, por escasa o nula respuesta a IBPs.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyen 190 pacientes (55 hombres, 135 mujeres), remitidos a nuestro servicio, con el diagnóstico de RGER desde enero de 2008 a diciembre de 2015. En función de los criterios diagnósticos se hicieron

dos grupos. Grupo 1: 63 pacientes (33,2 %) habían sido diagnosticados de reflujo por la sintomatología y al menos una prueba complementaria (radiología, pHmetría o endoscopia), a ellos se les realizó un estudio de pHmetría con doble canal esófago-gástrica con tratamiento, en 17 pacientes se completó la pHmetría con impedanciometría (15 casos) ó bilitec (2 casos). Grupo 2: 127 pacientes (66,8%) habían sido diagnosticados solo en base a los síntomas, a ellos se les realizó una pHmetría con doble canal esófago-esofágica sin tratamiento. A todos se les realizó pHmetría de 24 horas (MARK III, Delta y Digitrappher pH-Z; Synectics, Gyven, Medtronic) según técnica habitual.

DISCUSIÓN

Resultados: se apreció reflujo patológico en 91 pacientes (47,9%), 24 del grupo 1 y 67 del grupo 2. Se descartó por tanto reflujo ácido patológico como causa de los síntomas en el 52,1% de todos los casos estudiados, 60 pacientes (47,2 %) del grupo 2, y 39 pacientes (61,9%) del grupo 1. Además de los 24 pacientes con reflujo del grupo 1 (verdaderos pacientes resistentes ó refractarios al tratamiento), 9 tenían una respuesta terapéutica incompleta con un % de tiempo a $pH < 4$ menor de 7,5% (reflujo leve) que probablemente no fuese la causa de la sintomatología.

Discusión: los IBPs son los fármacos más potentes y efectivos en el tratamiento de la ERGE, Aunque la persistencia de los síntomas puede estar ocasionada por una inhibición incompleta, en más de la mitad de los casos la sintomatología no depende del reflujo ácido. Por otra parte, en los pacientes con diagnóstico basado exclusivamente en los síntomas el porcentaje de diagnósticos erróneos es muy considerable.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes remitidos para estudio con el diagnóstico de reflujo refractario a IBPs, solo ha sido basado el diagnóstico en los síntomas. Entorno a la mitad (47,2%) de los pacientes considerados como enfermos de RGE refractario a tratamiento con IBPs, sin pruebas clínicas que confirmen el diagnóstico no tienen reflujo patológico. En más de la mitad (61,9%) de los pacientes que tienen un diagnóstico confirmado por pruebas complementarias y no responden a tratamiento con IBPs el reflujo ácido no es la causa de sus síntomas.

CO04. RITMO ALIMENTARIO (FRECUENCIA Y TIEMPO INVERTIDO EN COMER) EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA. DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Ayllón Cano S, Ruiz de León San Juan A, Pérez de la Serna Bueno JA, Sevilla Mantilla MC, Sánchez Pernaute A, Rey Díaz-Rubio E.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se considera una de las plagas del siglo XXI en el mundo occidental, Aunque su etiología es multifactorial los hábitos de alimentación representan un factor importante en su desarrollo. La carga calórica, la proporción de sus componentes y sus pautas, han sido objeto de múltiples estudios. Uno de los aspectos más

controvertidos es la relación entre la frecuencia de las comidas y el peso corporal.

Objetivo: Determinar el ritmo alimentario (frecuencia y tiempo invertido en comer) en pacientes con obesidad mórbida (OM), a partir de los datos del diario de los estudios de pHmetría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, que incluye 100 pacientes, con OM en los que se indicó cirugía bariátrica y 118 sujetos no obesos del grupo control del Grupo Español de Motilidad Digestiva. A todos se les realizó manometría esofágica y pHmetría de 24 horas según técnica habitual. Durante la pHmetría se recomendó que la dieta fuese similar a la habitual. Se estudia la relación de aspectos demográficos con el número de comidas y el tiempo invertido en ellas, a partir de los datos del diario de pHmetría. El análisis estadístico se realizó con el programa STATGRAPHICS Centurión. El límite de significación estadística se estableció para una paciente.

DISCUSIÓN

Resultados: la media de edad de los pacientes con OM fue de 43,1 años (rango 19-68) sin diferencias entre hombres y mujeres. 77 mujeres. El IMC medio fue 41,55, en los hombres 43,3 y en las mujeres 41, $P < 0,05$. En los 118 sujetos del grupo control (63 mujeres), la media de edad fue 28,3 años (rango: 18-72 años), el IMC 23,2, en los hombres 24,2 y en las mujeres 22,3, $P < 0,05$. Las diferencias de edades y en IMC entre controles y obesos son estadísticamente significativas. El número de comidas es superior en los obesos que en los controles, el 56% de los obesos realizaron ≤ 4 comidas, mientras que en los controles este porcentaje fue del 76,3%. El tiempo medio invertido en cada comida muestra diferencias estadísticamente significativas entre controles ($20,5 \pm 7,7$) y obesos ($17,7 \pm 7,25$) sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. En lo OM la relación entre el IMC y el número de comidas muestra un IMC mayor en los que hace menos comidas, con diferencias significativas entre los que realizan ≤ 3 comidas y los que efectúan ≥ 4 (Figura 1). Esta diferencia se establece a expensas de los hombres, no alcanzado significación estadística en las mujeres.

CONCLUSIONES

- Los OM comen más veces al día que los controles, siendo este comportamiento más evidente en las mujeres.
- Los OM comen más rápido que los controles sin diferencias entre hombres y mujeres.
- Nuestros resultados muestran una relación inversa entre el número de comidas y el índice de masa corporal siendo este comportamiento más evidente en los hombres.

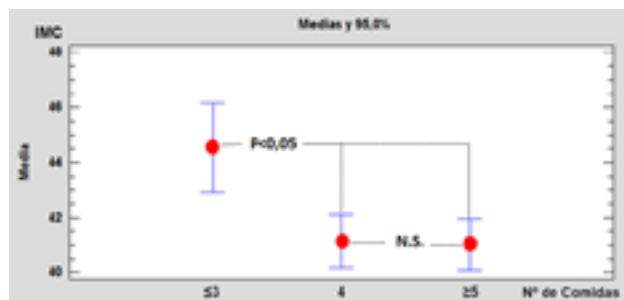


Figura 1: Medias

CO05. DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO MEDIANTE TEST LIPIDÓMICO NO INVASIVO

Aller R¹, Pérez-Cormanzana M², García MC¹, Antolín B¹, Alonso C².

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²OWL, Bizkaia Technology park.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad por Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA) incluye un amplio espectro de alteraciones hepáticas que abarca desde la esteatosis, la esteatohepatitis (EHNA) hasta la fibrosis. La biopsia hepática es el "gold standard" para el diagnóstico, pero no exento de riesgos y posibilidad de errores de muestreo. Por ello son necesarios métodos diagnósticos no invasivos y fiables. Describimos un método metabolómico capaz de diferenciar entre hígado normal y EHGNA (OWLiverCare) y entre esteatosis simple y EHNA (OWLiver).

Objetivo: validar este test no invasivo en la EHGNA utilizando como referencia la biopsia hepática y aplicarlo al seguimiento de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 30 pacientes con diagnóstico histológico de EHGNA (clasificados según NAS score de kleiner). Los test OWLiverCare y OWLiver son dependientes del índice de masa corporal (IMC) y permiten discriminar entre hígado normal y EHGNA con un área bajo la curva de 0,90 y entre esteatosis y EHNA con un área de 0,95.

Intervención: dieta hipocalórica de 1500 Kcal/día y ejercicio físico aeróbico (30-60 min/día) con un seguimiento durante un periodo de 2 a 5 años, hasta el momento de realizar la segunda determinación del test metabolómico, evaluando los cambios en el peso y en el IMC. La presencia de síndrome metabólico se estableció mediante los criterios ATPIII.

DISCUSIÓN

Edad media: 46 ± 12 años, 33% mujeres, peso basal = 86 ± 15 kg; $IMC = 32 \pm 5$ kg/m². El test diagnosticó correctamente 28 de los 30 pacientes (una muestra con NAS score = 2 fue clasificada como EHNA, mientras que una muestra con NAS score = 5 fue clasificada como esteatosis simple). Una vez validado, aplicamos el test para el seguimiento de los pacientes. En el momento de la segunda determinación el peso fue 84 ± 14 kg y el $IMC = 31 \pm 4$ kg/m². El 31% de los pacientes perdieron al menos un 5% del peso basal. Entre estos, el 50% mejoraron su diagnóstico con el test OWLiver con cambio posterior a la intervención desde EHNA a esteatosis o desde esteatosis a hígado sano. El 95% de los pacientes no respondieron a la dieta y ejercicio no presentaron cambios en diagnóstico inicial con el test OWLiver.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman la fiabilidad del test lipidómico como un método no invasivo para el diagnóstico de la EHGNA y su utilidad para monitorizar la progresión/regresión evitando la necesidad de biopsia hepática. La pérdida de peso ha demostrado ser eficaz para mejorar la EHGNA.

CO06. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON 2D Y 3D EN CASTILLA LA MANCHA

Moreno Plana JM¹, Rodríguez Tobos G¹, Sánchez Ruano JJ², Larrubia Marfil JR³, Morillas Ariño J⁴, Patón Arenas R⁵, Solera Muñoz M⁶, Marañés Antoñanzas I⁷.

¹Servicio de Aparato Digestivo de Hospital General de Albacete. ²Servicio de Aparato Digestivo Hospital General Universitario de Toledo. ³Servicio de Aparato Digestivo de Hospital General Universitario de Guadalajara. ⁴Servicio de Aparato Digestivo de Hospital General de Cuenca. ⁵Servicio de Aparato Digestivo de Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁶Servicio de Medicina Interna de Hospital General de Villarrobledo. ⁷Servicio de Medicina Interna de Hospital General de Hellín.

INTRODUCCIÓN

En abril de 2015 se aprobó en España el empleo de la combinación de paritaprevir/ritonavir, ombitasvir y dasabuvir (combo 3D y 2D) para pacientes infectados por VHC genotipos 1 y 4.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo: Analizar la eficacia y seguridad de la asociación de la terapia 2D y 3D en Castilla La Mancha.

Métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico con participación de 8 hospitales.

DISCUSIÓN

Resultados: Comenzando en marzo de 2015, se han incluido 239 pacientes, con edad media de 55 años (mediana: 54; rango: 22-84 años). De ellos, 139 son varones (58.2%). 214 pacientes (89.5%) presentan genotipo 1 (3D±ribavirina), de los cuales 155 pacientes (64.9%) son genotipo 1b y 47 (19.7%) 1a; resto de genotipo 1 sin definir o mixtos. 25 pacientes (10.5%) son genotipo 4 (2D±ribavirina). De todos ellos 67 (28%) son cirróticos (54 pacientes son F3 (22.6%); 77 pacientes son F2 (32.2%); 34 pacientes son F0-F1 (14.2%). El valor medio de la elastografía fue 12 Kpa (mediana: 9.6; 1.4-69.1 Kpa). MELD medio: 7.6 (mediana: 6; rango: 6-21). De todos los enfermos, un total de 157 (65.7%) eran naive (media tratamientos: 0.39; rango: 0-3). 9 pacientes tenían insuficiencia renal crónica (7 en diálisis; 2 leve-moderada); 8 fueron trasplantados (3.3%) (6 de riñón y 2 de hígado); 4 (1.7%) eran coinfectados con VIH. El 16.3% tenían contraindicación a IFN. La duración del tratamiento fue de 12 semanas en 94.1%. En 130 pacientes (54.4%) se asoció ribavirina. La carga viral basal media fue 2.069.285 UI/ML (mediana: 1.174.035). Al final del seguimiento un paciente cirrótico (0.4%) ha fallecido por insuficiencia hepática con RVS4. Tres tratamientos se suspendieron a las 2, 8 y 11 semanas por 2 cuadros de malestar general y el tercero por insuficiencia hepática, respectivamente (1.3%). El 40.1% presentaron algún efecto secundario: 77.6% fueron considerados leves. Los efectos secundarios más frecuentes fueron astenia (24.6%) (leve 85.7%), anemia (16.1%), hiperbilirrubinemia (13.6%), náuseas (4.2%) y diarrea (3.6%). 5.6% precisaron ajuste de dosis de ribavirina. El 93.5% de todos normalizaron las transaminasas. En 195 pacientes con seguimiento >12 semanas tras concluir tratamiento la RVS12 fue 98.5%; RVFT: 99.1%. RVS12: 99.2% genotipo 1b, 100% en 1a y 91.7% en 4 (p:0.206). RVS12 96.7% en pacientes con ribavirina y 100% sin ella (p:0.097). RVS12

99.2% en naive y 97.3% pretratados (p:0.557). RVS12 98.1% en cirróticos y 98.6% no cirróticos (p:0.830). Fue 98.1% en MELD ≤ 9 y 93.3% en >9 (p:0.337).

CONCLUSIONES

La combinación de paritaprevir/ritonavir, ombitasvir y dasabuvir tiene una altísima eficacia, y es segura en pacientes con hepatitis C genotipo 1 y 4.

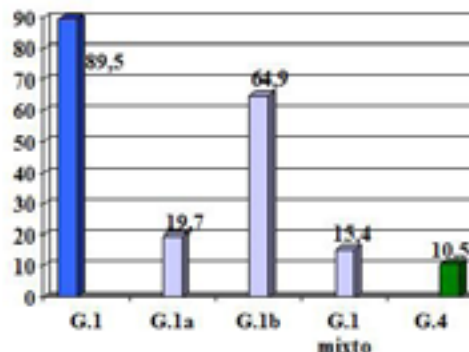


Figura 1: Distribución de los pacientes por genotipo

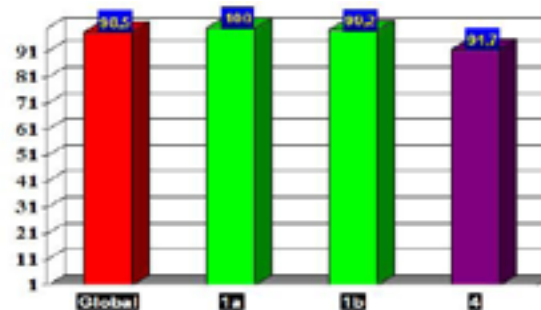


Figura 2: Eficacia (RVS12) global y en función del genotipo de tratamiento de la hepatitis C con 2D/3D

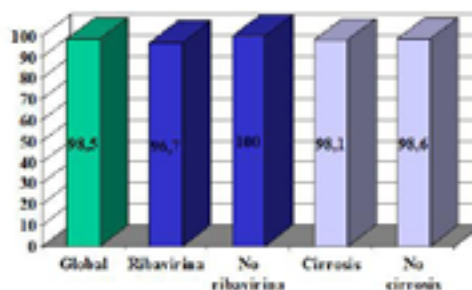


Figura 3: Eficacia (RVS12) global en función del empleo de ribavirina y de la presencia de cirrosis hepática del tratamiento 2D/3D



CO07. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Y HERNIA DE HIATO GIGANTE

Reyes N., Molina G., Domínguez A., Viva, S., Jiménez M.,
Monteserín L., Viso D.

Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

En hombres y mujeres postmenopáusicas, las pérdidas sanguíneas por el tracto gastrointestinal son la causa más frecuente de anemia ferropénica, siendo las más usuales las secundarias a ingesta de AINEs, cáncer/pólipos de colon y estómago, y angiodisplasias. Existen causas menos frecuentes como la hernia de hiato gigante (HHG) (6-37%).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, en el que fueron incluidos 20 pacientes con anemia ferropénica y HHG remitidos a la consulta de Motilidad de Digestivo, desde el año 2012 al 2015, el tiempo mínimo de seguimiento fue de un año. En todos ellos se habían excluido otras causas de sangrado digestivo. Consideramos anemia valores de hemoglobina menores de 14 g/dl en hombres y de 12 g/dl en mujeres, y HHG aquellas mayores de 5 cm medidas por endoscopia. Se registraron datos como tipo y tamaño de la hernia, presencia de lesiones esofagogástricas, tratamiento, perfil férrico pre y post tratamiento, toma de AINEs, comorbilidades, necesidad de transfusiones e ingresos por anemia. Observamos un predominio de mujeres (75%), con una edad media de 72 años (38-90). Las hernias eran en su mayoría por deslizamiento (55%) con un tamaño medio de 7,5 cm (5-12). Solamente presentaban esofagitis o erosiones de saco herniario un 10% y 20% respectivamente. En un 25% se había realizado cápsula endoscópica y en todos ellos colonoscopia, salvo en uno con test de SOH negativo. La mitad de los pacientes habían tenido ingresos previos por la anemia y el 55% había sido transfundido en 2 o más ocasiones. Tres de ellos fueron operados. Recibieron tratamiento con hierro vía oral el 60% y el resto combinado oral e intravenoso. Las cifras de Hbg, ferritina y hierro fueron significativamente superiores tras el tratamiento. No fueron necesarios más ingresos ni transfusiones en este grupo de pacientes en seguimiento.

DISCUSIÓN

La correlación entre anemia y hernias de hiato ha sido establecida desde 1931. La causa de esta asociación no está bien establecida. En series publicadas solo un tercio de los pacientes presentaban lesiones de Cameron, que no explicarían con certeza la causa de la anemia, por lo que habría que considerar otros mecanismos: trauma mecánico, isquemia, reflujo y congestión venosa originada por la presión diafragmática en el saco herniario durante los movimientos respiratorios.

CONCLUSIONES

La HHG es considerada causa de anemia ferropénica, con o sin lesiones en el saco herniario. El seguimiento estricto y tratamiento con hierro o bien quirúrgico mejora los valores férricos y de hemoglobina; y disminuye las necesidades transfusionales e ingresos por anemia.

CO08. PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA 3

Marcos Prieto H.M., Álvarez Delgado A., Calabuig Mazzola V., Jiménez Jurado A., González-Cotruello González A., García Prada M., Piñero Pérez C., Rodríguez Pérez A.

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Bioética de Salamanca (IBSAL).

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más frecuente atender a pacientes jóvenes con ingresos repetidos por cuadros de dolor abdominal, alteraciones analíticas de coléstatas, leve alteración de transaminasas y en ocasiones pancreatitis de repetición sin objetivarse una causa concluyente tras despistaje infeccioso, metabólico, autoinmune y la realización de pruebas de imagen. En estos pacientes debemos pensar en una enfermedad emergente en los últimos años: la coléstatas intrahepática progresiva 3.

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Ingresó en Digestivo hacía 9 meses por pancreatitis aguda alitiásica con colecciones peripancreáticas sin objetivarse causa aparente. En los siguientes 9 meses acude a Urgencias en 4 ocasiones por dolor abdominal con alteraciones analíticas de coléstatas disociada (GGT:310; FA:153; Bilirrubina total:1.09; AST:48; ALT:86) y amilasemia normales sin otras alteraciones: se pauta analgesia y alta hospitalaria. En esta última ocasión ingresa por dolor abdominal en epigastrio, hipocondrio derecho. Analíticamente destaca hiperamilasemia de 143 y persistencia de coléstatas disociada con GGT:372; FA:135; Bilirrubina total:0.89; AST:19; ALT:18) El hemograma, coagulación, RFA, sin alteraciones excepto triglicéridos 610 mg/dL. Autoinmunidad con IgG4 normales. Se realizaron ecografía abdominal, TAC abdominal, colangiograma y ecoendoscopia sin hallazgos, sin coledocistitis, coledocolitiasis ni dilatación de vía biliar siendo interpretado como pancreatitis aguda leve por hipertrigliceridemia. Se solicitó estudio genético para el gen ABCB4 mediante amplificación por PCR detectándose varios cambios, concluyendo que era portador heterocigoto del cambio c.523A>G en el gen ABCB4 compatible con coléstatas intrahepática familiar progresiva 3. En este momento se inició tratamiento con UDCA 12 mg/kg/día con normalización de los parámetros analíticos.

DISCUSIÓN

En los últimos años se han publicado casos sobre trastornos hereditarios de proteínas transportadoras de membrana en síndromes colestatas. MDR-3 es una proteína de membrana canalicular que actúa como bomba dependiente de ATP liberando a los conductillos biliares fosfatidilcolina, que permite formar junto con el colesterol y los ácidos biliares micelas mixtas. El gen ABCB4 (7q21) es el responsable de su síntesis, habiéndose descrito más de 60 mutaciones (en homocigosis y heterocigosis) desembocando en proteínas truncadas (nonsense mutation), subdesarrolladas o disfuncionales (missense mutation) que determinarán la gravedad, en nuestro caso

en heterocigosis provocando la síntesis de una proteína disfuncionante, pero no truncada. Supone mayor toxicidad de la bilis sobre los colangiocitos e incidencia aumentada de cálculos vesiculares y en la vía biliar. Es importante valorar esta etiología en pacientes jóvenes con cólicos biliares de repetición, coléstatas o pancreatitis una vez descartadas las causas más frecuentes.

COMUNICACIONES PÓSTER

P01. MIOCARDITIS INDUCIDA POR MESALAZINA

Álvarez González S., Ruiz Bueno P., González Martínez J., Olmos Martínez J.M., Ezcurra Acedo I., García García M.J., Rivero Tirado M., Crespo García J.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica siendo un pilar clave en el tratamiento el uso de salicilatos. La mesalazina es ampliamente utilizado en estos pacientes y se considera un fármaco con un buen perfil de seguridad. Dentro de los efectos adversos más frecuentes se encuentra el deterioro de la función renal. Sin embargo, existen otras toxicidades que, aunque raras, deben tenerse en cuenta, como es la toxicidad cardiovascular.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad con CU de reciente diagnóstico con afectación pancolónica. Tras el diagnóstico se inició mesalazina oral a dosis de inducción (4 g) asociándose enemas por presentar brote moderado (Índice de mayo 5 puntos) y posteriormente corticoides orales por persistencia de clínica mejorando finalmente. A los 15 días de inicio de tratamiento con mesalazina oral la paciente acude al Servicio de Urgencias por cuadro de presión centrotorácica de intensidad progresiva, que aumentaba con la inspiración. No se acompañaba de cortejo vegetativo ni presentaba irradiación del dolor. Se realiza estudio analítico completo destacando una elevación de troponinas llegando a valores máximos de 0,69 ng/mL, se realiza también ECG y ecocardiograma que son normales. Es valorada por cardiología que tras descartar otros procesos es diagnosticada de probable miocarditis. Se realiza un estudio etiológico completo de miocarditis descartándose las causas más frecuentes (viral, autoinmune) y se plantea la posibilidad de toxicidad por mesalazina. Tras retirada del fármaco la clínica desaparece con resolución completa. Se realiza dentro del estudio una resonancia magnética cardíaca sin observarse hallazgos patológicos. Como tratamiento de mantenimiento para la CU se inicia azatioprina con remisión actual clínica y biológica.

DISCUSIÓN

Los salicilatos son un tratamiento ampliamente utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal teniendo un buen perfil de seguridad. Sin embargo existen efectos adversos "excepcionales" como la miocarditis que deben sospecharse en estos pacientes. Cuando esto ocurre se debe realizar un estudio completo para descartar otras posibles etiologías. Debe además interrumpirse el tratamiento con salicilatos aconsejándose otras alternativas terapéuticas, dado al mecanismo de hipersensibilidad que parece que está implicado y la probabilidad de recurrencia.

P02. APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO RFIPC A LOS PACIENTES ESPAÑOLES

Mora Cuadrado N., Berroa de la Rosa E., Fernández Salazar L.
Hospital Clínico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN

El cuestionario RFIPC fue desarrollado para identificar las preocupaciones de los pacientes con EII. Ha sido empleado en América del Norte y Europa pero no en países europeos.

Objetivos: validación del cuestionario en la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se pasó el cuestionario RFIPC durante una entrevista a 136 pacientes con EII. Se recogieron datos de actividad clínica y analítica de los pacientes y sus tratamientos. Además se pasó el cuestionario de calidad de vida IBDQ32, y las escalas de ansiedad y depresión. Se ha analizado la fiabilidad (la consistencia interna, la concordancia de dos medidas consecutivas en 37 pacientes sin cambios clínicos), la validez (correlación con otros cuestionarios y otros estudios), y la capacidad discriminadora frente a cambios clínicos. Los resultados se han presentado en medias y DS o en medianas y rango intercuartílico. Las pruebas estadísticas empleadas para comparar medias fueron la prueba T para muestras relacionadas, el test de U Mann Whitney, el test de Spearman y el CCI para la correlación y concordancia.

DISCUSIÓN

La puntuación media obtenida fue 46,93 (21,47), en los pacientes con CU 47,80 (22,01) y en los pacientes con EC 46,16 (21,10). El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,943. La correlación y concordancia intraclase de dos medidas consecutivas en pacientes sin cambios clínicos fueron $r = 0,842$ ($p < 0,001$) y CCI 0,775 ($p < 0,001$). La diferencia media entre ambas puntuaciones fue 0,200 (IC 95% -4,290; 4,690) DS 14,770, T para muestras relacionadas $p = 0,929$. Se comprobó correlaciones principalmente con el dominio emocional del IBDQ32 ($r = 0,448$, $p < 0,001$) y con la escala de ansiedad ($r = 0,531$, $p < 0,001$). EL RFIPC difería si el paciente se encontraba ingresado en el momento de la entrevista 68,6 (18) vs 48,4 (33) U Mann Whitney $p = 0,010$. La puntuación obtenida en nuestros pacientes se encuentra entre las obtenidas en un estudio en los países de Italia y Portugal. Se comparó la diferencia entre dos puntuaciones sucesivas en un grupo de 37 pacientes sin cambios clínicos frente a 11 pacientes con mejoría clínica. La comparación de estas diferencias rozó la significación estadística, U Mann Whitney, $p = 0,054$.

CONCLUSIONES