Rev ACAD 2015; 31(3): 67-70

COMUNICACIONES ORALES

1.-

PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES CON EII. ¿ESTÁN SUS FAMILIARES AL TANTO?

Berroa E, Fernández-Salazar L,
Rodríguez McCullough N, Garrote JA

GASTROENTEROLOGY UNIT. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALLADOLID. CARDIOLOGY UNIT, PAPWORTH HOSPITAL, CAMBRIDGE, UK. CLINICAL LABORATORY UNIT. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN

El cuestionario RFIPC incluye 25 ítems y fue diseñado para medir el grado de preocupación de los pacientes con EII.

OBJETIVO

Medir el grado de concordancia entre las preocupaciones que tienen los pacientes que padecen EII y lo que sus familiares piensan que les preocupa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha entrevistado a 83 pacientes acompañados de un familiar. A paciente y familiar se ha solicitado que contesten el cuestionario RFIPC. Las preguntas dirigidas al familiar han sido modificadas de forma que lo que se le pregunta se refiere al paciente: "¿Cómo cree usted que su familiar está de preocupado por…?" Para comparar las respuestas de pacientes y familiares se hizo un análisis factorial de forma que los 25 ítems se resumen en 5 factores: "Consecuencias", "intimidad y sexualidad", "aislamiento", "asistencia sanitaria" y "cirugía y limpieza". Se ha comprobado la correlación de las puntuaciones entre familiares y pacientes mediante la prueba de Pearson y se han comparado mediante prueba t para variables emparejadas.

RESULTADOS

Los pacientes tenían 48 años (DS 13), 51% mujeres, 54% EC y 43% CU; sus tenían 51 años (DS13), 65% mujeres, eran: cónyuge o pareja en el 70%, progenitor en el 21%, hermano/a en el 5% e hijo/a en el 4%. Las puntuaciones y correlación entre pacientes y familiares en cada factor fueron: "Consecuencias" 52(DS24) vs 65(DS25) p<0,001; R 0,431, p<0,001, "intimidad y sexualidad" 32 (DS23) vs 39(DS27) p<0,027; R 0,385, p<0,001, "aislamiento" 32 (DS26) vs 38 (DS32) p 0,092; R 0,413, p<0,001, "asistencia sanitaria"63 (DS26) vs 69 (DS28) p 0,111; R 0,378, p <0,001 y "cirugía y limpieza" 52 (DS29) vs 62 (DS29) p 0,01; R 0,339, p<0,001.

CONCLUSIONES

No hay una correlación estrecha entre las puntuaciones del RFIPC de familiares y pacientes. Los familiares sobreestiman el grado de preocupación que tienen los pacientes sobretodo en cuanto a las "consecuencias" de la enfermedad y las relativas a la "cirugía y la limpieza".

CORRESPONDENCIA: dra.edelberroa@hotmail.com

2.-

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON EII Y SERO-NEGATIVIDAD PARA EL VEB

Fernández-Salazar L [(1)], Alonso C [(2)], Rivero M [(2)], Fernández N [(3)], Muñoz F [(3)], Legido J [(4)]

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID [(1)]. HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA DE SANTANDER [(2)] COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE LEÓN [(3)] COMPLEJO HOSPITALARIO DE SEGOVIA [(4)]

INTRODUCCIÓN

La infección por VEB puede tener implicaciones clínicas en pacientes con EII.

OBJETIVOS

Conocer la tasa de seronegatividad frente al VEB y de seroconversión en pacientes con EII y describir el tratamiento que han recibido estos pacientes.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye los pacientes con EII con determinaciones de IgG frente a VEB de 4 hospitales. Se describen las características clínicas de los pacientes con IgGVEB-, y los tratamientos recibidos.

RESULTADOS

De 370 pacientes la frecuencia de IgG VEB - fue 6,4%. El 11% de los menores de 30 años y 5% de los mayores de 30 años. H: M, 2:1. Dieciséis padecían EC y 8 CU. El 78% ha sido tratado con corticoides sistémicos, el 83% con INM. El 17% con MTX. El 54% de los pacientes ha recibido antiTNF. El 21% ha recibido antiTNF+INM. El 50% de los pacientes con EC requirieron cirugía. La seroconversión se investigó en 7 pacientes confirmándose en 3 tras 44 meses.

CONCLUSIONES

Uno de cada 10 pacientes con EII menor de 30 años es IgG VEB-. Estos son pacientes jóvenes y tratados con inmunosupresores. La probabilidad de primoinfección por VEB es elevada.

CORRESPONDENCIA: luisfernsal@gmail.com

3.-

SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS E EN PACIENTES CON HIPERTRANSAMINASEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS VIRUS B Y C.

Siller Ruiz M1, Martín Arribas MI2, Hernández Egido S1, Muñoz Criado S[1], González San Martín F[2], Cordero Sánchez M[3], Iglesias Gómez A[3], Muñoz Bellido JL[1]

SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA [1], APARATO DIGESTIVO[2] Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS [3]. COMPLEJO ASISTENCIAL

UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (CAUSA). INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL).

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis E (VHE) en población sana en nuestro medio es del 11%. Nuestro objetivo es conocer la seroprevalencia de anticuerpos anti-VHE en pacientes con hipertransaminasemia y su asociación con los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período de Enero de 2014 a Septiembre de 2015 se determinaron en 155 pacientes con hipertransaminasemia IgG e IgM anti-VHE en suero mediante técnica de enzimoinmunoanálisis (DIA.PRO Srl, Milán, Italia). Cuando la IgM fue positiva, se realizó PCR anidada para determinar la presencia de viremia.

RESULTADOS.

79 pacientes (51%) eran varones y 76 (49%) mujeres con una edad media de 47 años. En 30 pacientes (19,3%) se detectó IgG anti-VHE, y en 6 de estos IgM anti-VHE (20% de los seropositivos para VHE y 3,9% de todos los pacientes con hipertransaminasemia), aunque sólo 2 (6,7%) tenían viremia positiva. De los seropositivos para VHE, 4 (13,3%) tenían infección por VHB (1 paciente-3,3%-) o por VHC (2 pacientes -6,7%-) o ambos (1 paciente -3,3%-).

CONCLUSIÓN

En nuestro medio la seroprevalencia de anticuerpos anti-VHE en pacientes con hipertransaminasemia es más elevada que en población sana (19,3% vs 11%). Durante el período de estudio se diagnosticó hepatitis aguda por VHE en el 20% de los pacientes seropositivos para VHE (3,9% de los pacientes con hipertransaminasemia). El 13,3% de los seropositivos para VHE tenían infección por VHB o VHC o ambos.

CORRESPONDENCIA: msiller@hotmail.es

4.-

EVOLUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Carbonell Muñoz C[1], Herrera Flores C[2], Polo San Ricardo D[1], Torres Triana JL[1,6], Hernández Cosido L[3], Matesanz N[5], Manzanedo Bueno L[1], Macías Casanova R[1], Mateos Díaz AM[1], Sabio G[5], Rodríguez Pérez A[4,6], Marcos Martín M[1,6]

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIV. DE SALAMANCA [1]. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. FACULTAD DE MEDICINA DE SALAMANCA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA [2]. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL UNIV. DE SALAMANCA [3]. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIV. DE SALAMANCA [4]. CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC), MADRID [5]. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA-IBSAL [6].

INTRODUCCIÓN

La obesidad se asocia con varias enfermedades entre las que destaca la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA). El diagnóstico se basa en la mayoría de las ocasiones en la alteración de en las pruebas de función hepática (PFH) y los datos ecográficos. Su frecuencia y gravedad podrían estar relacionadas con el grado de obesidad de los pacientes, y la evolución tras el tratamiento de la obesidad mórbida no está claramente establecida.

OBJETIVOS

Analizar la correlación entre las alteraciones en las PFH y los hallazgos en la biopsia hepática en una cohorte de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica así como las variaciones de las PFH en el primer año de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes adultos con obesidad e índice de masa corporal [IMC] mayor de 35 kg/m2, intervenidos de cirugía bariátrica (CB) en el Hospital Universitario de Salamanca. Se realizó una valoración previa a la intervención y a los 6 y 12 meses de la cirugía, recogiendo los datos clínicos, antropométricos y analíticos. Se excluyeron pacientes con otras posibles causas de hepatopatía. En la cirugía se obtuvo muestra para biopsia hepática (BH) y se analizó de acuerdo al índice NAS (NAFLD activity score). La comparación de variables se llevó a cabo mediante el test de la t de Student para datos apareados y la correlación mediante el test de Pearson o rho de Spearman.

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes (26 mujeres) con BH intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro con edad media de 43,57 años (rango19-63). La ecografía abdominal previa a la cirugía encontró EHNA en 16 pacientes (48,50%) y el valor de NAS medio fue de 2,61(desviación estándar = 1,73). El peso medio previo a la intervención quirúrgica fue de 129,52 kg (18,26), con un IMC medio de 49,34 kg/m2 (6,9), observándose una reducción media del peso a los seis y doce meses de 35,87 kg (10,14) y 42,42 kg (12,83), respectivamente. El valor medio basal de las PFH fue de: AST 24,18 (12,83) U/L, ALT 30,36 (17,18) U/L, GGT 30,42 (18,59) U/L, FA 72,75 (16,10) U/L y bilirrubina total 0,42 U/L (10,15). Se encontró una correlación estadísticamente significativa (P <0,01) entre los valores de NAS con los valores basales de AST (rho= 0,60), ALT (rho=0,61) y GGT (rho= 0,58). Sin embargo, la correlación entre el peso e IMC con los valores basales de AST, ALT y GGT, así como la correlación entre los valores de NAS e IMC no resultaron estadísticamente significativos. Durante el primer año de evolución, se apreció una disminución del valor de las transaminasas de 5,14 U/L (11,07) para la AST y 12,76 U/L (15,35) para la ALT y también un descenso de 15,61 U/L (14,12) de la GGT, todos ellos estadísticamente significativos. Los niveles de FA fueron similares antes y después de la cirugía, y se apreció un mínimo aumento (0,11 mg/dl) pero estadísticamente significativo (P = 0,01), en los niveles de bilirrubina total.

CONCLUSIONES

El valor de IMC no puede utilizarse como predictor de lesión hepática. El valor de las PFH, presenta una correlación moderada con la presencia de ENHA detectada por BH. Dados los valores en rangos normales de las PFH en muchos pacientes, deberían utilizarse otros métodos para el diagnóstico de EHNA en pacientes con obesidad.

CORRESPONDENCIA: crstncarbonell@gmail.com

5.-

FACTORES PREDICTORES DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTERCIA OBSTRUCTIVA DE ORIGEN MALIGNO IRRESECABLE TRAS CPRE FALLIDA

Alcaide Suárez N [1], Fernández Salazar L [1], Udaondo MA [2], Peñas Herrero I [3], Velayos Jiménez B [1], de la Serna Higuera C [3], del Olmo L [1], Trueba FJ [2], González Hernández JM [1], Pérez-Miranda M [3]

[1] SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO Y [2] SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.
[3] SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL RÍO HORTEGA. VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los factores que influyen en la evolución de los pacientes con ictericia obstructiva maligna irresecable no se conocen con exactitud. Nuestro objetivo fue determinar los factores predictores que influyen en la evolución de los pacientes con obstrucción biliar maligna irresecable tras el drenaje biliar mediante colangiografía transparietohepática (CTPH) o drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (DBUSE) y CPRE fallida.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha revisado la evolución de 80 pacientes con obstrucción biliar maligna drenados con CTPH o DBUSE. Se realizó análisis de regresión binario uni y multivariante para las variables dependientes: éxito técnico, clínico, complicaciones, exitus en el ingreso, disfunción, supervivencia a 3 y 6 meses y análisis de regresión de Cox uni y multivariante de mortalidad. Las variables independientes: edad, sexo, etiología, localización de la obstrucción, bilirrubina, causa de CPRE fallida, días desde la obstrucción al drenaje, desde la CPRE al drenaje, número de intentos, prótesis, drenaje interno, QT. Significativo $p<0,05$.

RESULTADOS

57.5% varones, edad media (DS) 72.8 (13.9). 76.2% etiología primaria, 35% localización hiliar. Supervivencia media fue 161 días. No acceso a papila como causa de CPRE fallida fue factor pronóstico independiente de menor riesgo de complicaciones (OR 0.178, IC 95% 0.045-0.700, p=0.014). Tiempo desde la CPRE al procedimiento fue factor pronóstico independiente de mayor riesgo de exitus durante el ingreso (OR 1.121, IC 95% 1.005-1.250, p=0.040). Localización hiliar fue factor pronóstico independiente de menor supervivencia a los 3 y 6 meses (OR 0.155, IC 95% 0.029-0.819, p=0.028; OR 0,155, IC 95% 0,029-0,821, p=0,028). Reintervención por disfunción de la prótesis fue factor predictor de mayor supervivencia a los 6 meses (OR 5.839, IC 95% 1.296-26.312, p=0.022). Localización hiliar y reintervención por disfunción predijeron la mortalidad en el tiempo de forma independiente (HR 1,969, IC 95% 1.037-3.737, p=0.038; HR 0.491, IC 95% 0.263-0.914, p=0.025). El tipo de drenaje empleado no predijo ninguna de las variables.

CONCLUSIONES

La localización hiliar, la causa de la CPRE fallida, los días entre la CPRE y el drenaje biliar y la reintervención por disfunción de la prótesis predicen la evolución de los pacientes. Estos factores pueden ser relevantes para mejorar nuestra práctica diaria.

CORRESPONDENCIA: noelialcaide@hotmail.com

6.-

pH-IMPEDANCIOMETRÍA BAJO TRATAMIENTO CON IBP EN PACIENTES CON MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS. ¿ES ÚTIL?

Hontoria Bautista G, Bernad Cabredo B, Romero Araúzo MJ, Moncada Urdaneta A, Badía Aranda E, Sáez-Royuela F, Martín Lorente JL

UNIDAD DE PRUEBAS FUNCIONALES. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS.

INTRODUCCIÓN

La ERGE puede ser responsable de manifestaciones extraesofágicas (MEE) que pueden requerir pHmetría (pH) o pHImpedanciometría (pHI). La pHI realizada bajo tratamiento con IBP, al valorar reflujo no ácido (RNA), puede ayudar a distinguir pacientes con ERGE controlada de los no sospechosos de ERGE.

OBJETIVO

Valorar la pHI bajo tratamiento IBP respecto a la pH en pacientes con MEE.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes con MEE de la ERGE mediante pH o pHI entre Enero y Junio de 2015. Se usaron equipos Orion y Omega (MMS). El IBP fue prescrito por el médico solicitante. Resultados: Se realizaron 155 pH o pHI, 52 (33,5 %) para estudio de MEE. 23 pacientes (44,2%) presentaban laringitis crónica, tos crónica 17 (32,7%), asma 7 (13,5%), infecciones respiratorias de repetición 4 y erosiones dentarias 1.En 39/52 (75%) se realizó pHI, 13 (33,3%) con IBP.8/13 (61,5%) sujetos estudiados por pHI con IBP tuvieron buen control del reflujo ácido. 3 de los 8 (37.5%) tenían RNA aumentado.

CONCLUSIONES

Los pacientes con MEE suponen una causa frecuente de pHI, en ocasiones para control de tratamiento IBP. La pHI bajo tratamiento con IBP ayuda a distinguir pacientes con RNA elevado y buen control antisecretor sospechosos de ERGE.

CORRESPONDENCIA: gadeva@hotmail.com

7.-

CORRELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE MARSH, ENFERMEDAD CELIACA Y OTRAS CAUSAS DE MALABSORCIÓN

Vendrell Aranda C[1], Domper Bardají F[1,2], Patón Arenas R[1,2], González López L[1,3], Martínez Delgado C[4], Peña Gómez M[2], Hernández Albújar A[1,2], Martos Plasencia C[2], Salmoral Luque R[2], Sánchez Alonso M[2]

FACULTAD DE MEDICINA DE CIUDAD REAL (UCLM) [1]. SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO HGUCR [2]. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HGUCR [3]. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HGUCR [4]

OBJETIVOS

Valorar qué porcentaje de pacientes con duodenitis linfocítica (DL), hiperplasia de criptas y atrofia vellositaria (Marsh I, II y III) fueron diagnosticados de enfermedad celiaca (EC) y describir den-

tro del grupo de DL la relación de la serología y estudio genético con el diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó la base de datos de Anatomía Patológica (años 2010-2014) con búsqueda de DL, atrofia vellositaria, EC y Marsh. Se revisaron las historias clínicas informatizadas de estos pacientes. Se excluyeron los pacientes sin seguimiento clínico.

RESULTADOS

Se incluyeron 218 pacientes. 73 varones, edad media 17 años (1-76), con biopsia inicial de Marsh I, II y II en 55, 4 y 159 respectivamente. 24 pacientes Marsh I (43,5%) y 160 Marsh II-III (98%) fueron diagnosticados de EC. En el grupo de DL tuvieron serología positiva 29 pacientes (21 con EC y 8 sin EC) y los pacientes con HLA negativo no tuvieron EC independientemente del título de anticuerpos. La infección por H. pylori fue la causa más frecuente de DL entre los pacientes sin EC.

CONCLUSIONES

La existencia de atrofia vellositaria fue sinónimo de EC. En la DL sin EC el estudio genético fue determinante.

CORRESPONDENCIA: franciscodomper@telefonica.net

8.-

EVOLUCIÓN DE LA COLITIS MICROSCÓPICA EN LA PROVINCIA DE SALAMANCA

Marcos Prieto HM, Jiménez Jurado A, Piñero Pérez C, Pérez Corte D, Revilla Morato C, Calabuig Mazzola VK, García Prada M, González-Cotorruelo González A, Mora Soler A, González Santiago JM, Rodríguez Pérez A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL). ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

En España pocas provincias aportan datos epidemiológicos de colitis microscópica (CM).

OBJETIVOS

Analizar y comparar la incidencia y características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de CM en Salamanca desde 1999 hasta 2014.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Las variables estudiadas fueron género, edad (con grupos de edad) y fecha de diagnóstico

RESULTADOS

Se diagnosticaron 167 pacientes (tasa de incidencia anual de 2.98 casos por 100000 habitantes y edad media de 60.2 años) Predomina el sexo femenino (1:1.7) y la franja de edad entre los 51 y 75 años (48% de la incidencia total) Se ha triplicado la incidencia en el periodo de 2007 a 2014 respecto al de 1999 a 2006 manteniéndose la población estable en ambos periodos.

CONCLUSIONES:

- La incidencia de CM en los últimos años se ha triplicado. Los factores más determinantes podrían ser el aumento del número de colonoscopias (CP) y la creciente sospecha clínica
- Los resultados apoyan la hipótesis de que existe un gradiente norte-sur
- El aumento de la detección supondría una mejora en manejo y evitaría gastos en pruebas innecesarias si la sospecha es alta siendo la CP coste-efectiva.

CORRESPONDENCIA: h.mp@hotmail.es