



COMUNICACIONES PÓSTER

VARIOS

1.

CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Jiménez Jurado A, Marcos Prieto HM, Mora Soler A, Pérez Corte D, Revilla Morato C, Calabuig Mazzola VK, García Prada M, González-Cotrruelo González A, Prieto Bermejo AB, Rodríguez Pérez A

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

La hemorragia digestiva alta es una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica diaria; frecuentemente por úlcera péptica gastroduodenal, varices esofágicas, lesiones vasculares o neoplasias. A continuación presentamos el caso de un varón de 75 años con antecedente de valvulopatía, portador de prótesis metálica y en tratamiento anticoagulante. Seis meses antes ingresó por hematoma retroperitoneal por hemorragia renal espontánea izquierda. Precisa de embolización selectiva en dos ocasiones; y sin progresión en las pruebas de imagen realizadas posteriormente. Ingresó por cuadro de epigastralgia y hematemesis, con anemia (Hb 5.1 g/dl) e inestabilidad hemodinámica. En gastroscopia urgente se observa un coágulo organizado en fundus gástrico, sin otros hallazgos. En "second look" endoscópico no se observan lesiones ni sangrado activo. Presenta anemia progresiva que precisa de 14 UCH, sin compromiso de la estabilidad hemodinámica. En TAC abdominal se observa hematoma retroperitoneal de 12x14x16 cm, que contacta y fistuliza en fundus gástrico; se confirma en posterior ecoendoscopia. Se decide intervención quirúrgica programada, el paciente permanece hemodinámicamente inestable durante la misma, refractario a medidas de reanimación, falleciendo el mismo día de la intervención. Con este caso queremos destacar la rara manifestación de hematoma retroperitoneal como hemorragia digestiva alta. Actualmente no existen recomendaciones universales de manejo, tratamiento conservador, radiología intervencionista o cirugía. Nosotros optamos por cirugía tras el fallo de procedimientos vasculares y la repercusión clínica del paciente.

CORRESPONDENCIA: andrejjdoc@gmail.com

2.

METÁSTASIS GÁSTRICA TARDÍA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

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

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

Los tumores gástricos de origen metastásico constituyen una patología excepcional. El carcinoma renal de células claras (CRCC)

posee gran capacidad de diseminación siendo el estómago un lugar de posible ubicación. A continuación exponemos el caso de un varón 59 años diagnosticado en el 2012 de CRCC e intervenido mediante nefrectomía radical derecha y metástasis pulmonares de origen renal, realizando tratamiento quimioterápico. En 2014 se deriva a Digestivo por presentar dispepsia a pesar del tratamiento antisecreto. Se realiza una endoscopia digestiva alta donde se evidencia entre dos pliegues gástricos a nivel de cuerpo distal una lesión polipoidea sesil, de 6 mm de diámetro, con eritema en el vértice y de consistencia normal a la biopsia cuyo resultado anatómopatológico fue confirmatorio de metástasis de CRCC. La lesión fue descrita posteriormente de igual modo en la ecoendoscopia tras la cual se llevó a cabo una gastrectomía parcial de lesión metastásica gástrica descrita. En la actualidad el paciente recibe tratamiento quimioterápico con everolimus en monoterapia. Con este caso queremos destacar que aunque las metástasis metacrónicas del CRCC con afectación gástrica sean raras, pueden debutar con signos y síntomas similares a los que presentan un tumor gástrico primario, como la dispepsia siendo primordial la adecuada identificación endoscópica de la lesión mediante una gastroscopia de calidad.

CORRESPONDENCIA: andrejjdoc@gmail.com

3.

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON BY-PASS GÁSTRICO Y RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Clemente Sánchez A, Diéguez Montes L, Martínez Lozano H, Díaz Gómez A, Hernando Alonso A, Clemente Ricote G
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Mujer de 70 años con antecedente de cirugía bariátrica con gastrectomía parcial y reconstrucción en Y de Roux en 2005, que ingresa por cuadro de dolor compatible con pancreatitis aguda. En el TC se identifica dilatación del remanente gástrico y asas intestinales con predominio del asa biliar, sin dilatación de íleon distal ni colon. Mujer de 84 años con antecedente de gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico y reconstrucción en Y de Roux en 2010. Tras la cirugía presenta 4 episodios de pancreatitis aguda de etiología no filiada. En 2015 ingresa de nuevo por pancreatitis aguda. En el TC destaca dilatación de asas de intestino delgado con cambio de calibre sugestivo de obstrucción mecánica. El diagnóstico final en ambos casos fue pancreatitis aguda secundaria a obstrucción intestinal en probable relación con bridas complicación poco frecuente de la reconstrucción en Y de Roux por la imposibilidad de adecuado drenaje pancreático por hiperpresión intraluminal. Requiere alto grado de sospecha y una prueba de imagen con dilatación del asa aferente.

CORRESPONDENCIA: anuski_cs@hotmail.com

4.

PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULADA COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Carbonell Blanco C, Romero Cristóbal M, Castillo Pradillo M, Díaz Gómez A, Rincón Rodríguez D, Salcedo Plaza M, Clemente Ricote G, Clemente Ricote G, Bañares Cañizares R
 APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

La peritonitis esclerosante encapsulada (EPS) es una entidad infrecuente de etiopatogenia desconocida, relacionada con factores de riesgo como la diálisis peritoneal y caracterizada por una intensa fibrosis de la membrana peritoneal. Cursa con dolor, fiebre y oclusión intestinal. Su diagnóstico es clínico y radiológico y su pronóstico generalmente infausto a medio plazo. Presentamos el caso de un varón de 74 años, portador de trasplante hepático y cirrosis del injerto con ascitis refractaria y paracentesis de repetición e insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. Ingresó por fiebre y suboclusión intestinal sin presentar alteraciones relevantes ni aislamientos en el análisis del líquido ascítico. En el TC abdominal se objetivaron datos sugerentes de EPS: engrosamiento peritoneal, dilatación de asas y realce de la pared intestinal sin objetivarse otra causa obstructiva. Se inició tratamiento con prednisona y tamoxifeno experimentando el paciente importante mejoría clínica. La EPS es una enfermedad rara que se asocia a otros factores además de la diálisis peritoneal y puede responder al tratamiento médico.

CORRESPONDENCIA: carbonell.blanco@gmail.com

5.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA COLITIS ISQUEMICA Y FACTORES ASOCIADOS A ESTA ENFERMEDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO DE MAYO DE 2014 A JUNIO 2015

Torres Vargas C, Lapeña Muñoz B, Escrich Iturbe V, Martínez Garabitos E, Sacristán Terroba B
 HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO, LA RIOJA.

Debido a la alta prevalencia de la colitis isquémica y la ausencia de datos en nuestro hospital, este estudio busca calcular la prevalencia y describir los factores relacionados en los pacientes ingresados en el último año.

MÉTODOS

Es un estudio transversal, con casos obtenidos de la base de datos clasificada mediante CIE 9 de nuestro hospital. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La prevalencia fue mayor en mujeres y mayores de 65 años. Los factores asociados con mayor frecuencia fueron HTA, dislipemia y Diabetes Mellitus, y los fármacos relacionados fueron las estatinas, seguidos de las benzodiazepinas. Estos últimos resultados podrían estar sesgados por la alta frecuencia de consumo de estos

fármacos en la población general, por lo que se necesitan otros estudios. En la mayoría de casos tuvo un comportamiento benigno y de los casos severos, el 11% falleció durante el ingreso. La colitis isquémica parece ser una enfermedad infradiagnosticada en nuestro centro ya que hasta en el 25% de los casos que se sospechó no se realizó colonoscopia.

CORRESPONDENCIA: cristinato@gmail.com

6.

CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Jiménez Jurado A, Marcos Prieto HM, Mora Soler A, Pérez Corte D, Revilla Morato C, Calabuig Mazzola VK, García Prada M, González-Cotruel González A, Prieto Bermejo AB, Rodríguez Pérez A

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

La hemorragia digestiva alta es una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica diaria; frecuentemente por úlcera péptica gastroduodenal, varices esofágicas, lesiones vasculares o neoplasias. A continuación presentamos el caso de un varón de 75 años con antecedente de valvulopatía, portador de prótesis metálica y en tratamiento anticoagulante. Seis meses antes ingresó por hematoma retroperitoneal por hemorragia renal espontánea izquierda. Precisa de embolización selectiva en dos ocasiones; y sin progresión en las pruebas de imagen realizadas posteriormente. Ingresó por cuadro de epigastria y hematemesis, con anemia (Hb 5.1 g/dl) e inestabilidad hemodinámica. En gastroscopia urgente se observa un coágulo organizado en fundus gástrico, sin otros hallazgos. En "second look" endoscópico no se observan lesiones ni sangrado activo. Presenta anemia progresiva que precisa de 14 UCH, sin compromiso de la estabilidad hemodinámica. En TAC abdominal se observa hematoma retroperitoneal de 12x14x16 cm, que contacta y fistuliza en fundus gástrico; se confirma en posterior ecoendoscopia. Se decide intervención quirúrgica programada, el paciente permanece hemodinámicamente inestable durante la misma, refractario a medidas de reanimación, falleciendo el mismo día de la intervención. Con este caso queremos destacar la rara manifestación de hematoma retroperitoneal como hemorragia digestiva alta. Actualmente no existen recomendaciones universales de manejo, tratamiento conservador, radiología intervencionista o cirugía. Nosotros optamos por cirugía tras el fallo de procedimientos vasculares y la repercusión clínica del paciente.

CORRESPONDENCIA: andrejjdoc@gmail.com
 ddaannii8877@gmail.com

7.

FÍSTULA AORTOENTÉRICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Caballero Marcos A, Díaz Ruiz R, García Mulas S, Díaz Gómez A, Romero Cristóbal M, Pajares Díaz JA, Clemente Ricote G
 APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

La fístula aortoentérica (FAE), comunicación entre aorta y tubo digestivo, es infrecuente pero asocia un pronóstico infausto. La

hemorragia digestiva es la forma más frecuente de presentación. Desde 2007-2015 se identificaron seis casos en nuestro centro. El 83,3 %, varones y la edad media 71 años. El 66,6% tenía factores de riesgo cardiovascular y todos recibían antiagregantes o anticoagulantes. El 83,3 % había sido intervenido de cirugía aórtica. En el 66,6 % se presentó en forma de hematemesis. Todos presentaron repercusión hemodinámica grave, precisando drogas vasoactivas y transfusiones, con hemoglobina media al diagnóstico de 9.6g/dl. El diagnóstico en el 83.3% se alcanzó mediante tomografía axial computarizada (TC) y en el 16,6% mediante laparotomía exploradora. En el 66,6% se realizó endoscopia digestiva alta (EDA), sin identificarse FAE. Sólo en el 16.6% se logró tratamiento quirúrgico, colocando endoprótesis. La mortalidad fue del 100%, y precoz (menos de 24h) el 83,3%. El TC debe ser el primer método diagnóstico ante sospecha de FAE, dada la baja rentabilidad de la EDA. Ante el mal pronóstico, son fundamentales diagnóstico y tratamiento precoces.

CORRESPONDENCIA: diaz.ruiz.r@gmail.com

8.

GIST GÁSTRICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Díaz Ruiz R, Díaz Gómez A, Nogales Rincón O, Catalina Rodríguez MV, González Asanza C, Clemente Ricote G
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

En la evaluación inicial de la hemorragia digestiva alta (HDA) la endoscopia oral (EDA) urgente permite diagnosticar el 95% de los casos, debiendo realizarse tan pronto como sea posible. Mujer de 48 años que acudió a Urgencias por hemorragia digestiva en forma de melenas, sin inestabilidad hemodinámica. En el análisis de sangre destacaba Hb 7.5g/dl, leucocitos 8240, plaquetas 186000, INR 0.96, fibrinógeno 527, Urea 56, creatinina 0.66. Preciso transfusión de 2 concentrados de hemáties. Se realizó EDA urgente objetivando una lesión subepitelial gástrica mayor de 10 cm con una gran ulceración central. Asimismo se realizó un TC abdominal y ecoendoscopia en los que se observa la masa, compatible con tumor de estroma gastrointestinal (GIST). La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizando exéresis de la masa, con diagnóstico histológico de tumor GIST de tipo mixto de alto grado, por lo que recibió tratamiento quimioterápico adyuvante. El tumor tipo GIST es el tumor neuroendocrino más frecuente del tracto digestivo. Aun así, las neoplasias solo producen el 1-3% de las HDA, representando el GIST menos del 3% de éstas.

CORRESPONDENCIA: diaz.ruiz.r@gmail.com

9.

PAPEL DEL TRANSPORTOMA EN LA BAJA SENSIBILIDAD A LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

Francisco González-San Martín^{1,4}, Ruba Al-Abdulla², Rocio I.R. Macías^{2,4}, Elisa Lozano^{2,4}, Oscar Briz^{2,4}, Marta R. Romero^{2,4}, Faten Abdullah Al-Alqil², Silvia Jiménez^{1,4}, María J. Pérez^{1,2,4}, Jesús M. Bañales^{3,4}, Luis Bujanda^{3,4}, José J.G. Marín^{2,4}

⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, IBSAL. ⁽²⁾ LABORATORIO DE HEPATOLOGÍA EXPERIMENTAL Y VECTORIZACIÓN DE FÁRMACOS (HEVEFARM), UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, IBSAL. ⁽³⁾ DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y GASTROINTESTINALES, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIODONOSTIA, IKERBASQUE, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA, UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO (UPV/EHU), SAN SEBASTIÁN. ⁽⁴⁾ CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED PARA EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)

El adenocarcinoma gástrico (AG) es muy resistente a la quimioterapia, generalmente basada en 5-FU y cisplatino. Por ello investigamos el papel del transportoma en la reducción del contenido intracelular de estos fármacos. De pacientes con AG en estadios II, III y IV que no habían recibido tratamiento antitumoral se obtuvieron muestras quirúrgicas pareadas de tejido tumoral y adyacente no tumoral (n=24x2). La expresión de proteínas transportadoras de 5-FU y cisplatino se determinó mediante TLDA y RT-QPCR. La expresión de transportadores de captación de la familia SLC22 fue baja tanto en tumores como en tejido no tumoral, mientras que fue alta la de SLC31A1 y genes de la familia SLC28. Las bombas ABC con mayor expresión en AG fueron MRP5>MRP3>BCRP. No se observaron cambios en sus niveles de expresión según la localización y estadio del tumor. El análisis inmunohistoquímico confirmó una elevada expresión de MRP5 en AG. La inhibición de las bombas MRP con probenecid sensibilizó a las células tumorales humanas de AG al efecto tóxico del 5-FU. En conclusión, la elevada expresión de bombas exportadoras puede estar implicada en la falta de respuesta del AG a la quimioterapia.

CORRESPONDENCIA: fjimenez3@hotmail.com

10.

DESARROLLO EXPERIMENTAL DE NUEVAS TERAPIAS VECTORIZADAS PARA SUPERAR LA QUIMIORRESISTENCIA DEL COLANGIOCARCINOMA

Felipe Jiménez^{1,4}, Elisa Lozano^{2,4}, María J. Monte^{2,4}, Oscar Briz^{2,4}, Maitane Asensio², Marta Alonso², Elisa Herráez^{2,4}, Beatriz Castaño^{1,2}, Jesús M. Bañales^{3,4}, María A. Serrano^{2,4}, Jose J G Marin^{2,4}, Rocio I R Macias^{2,4}

⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, IBSAL. ⁽²⁾ LABORATORIO DE HEPATOLOGÍA EXPERIMENTAL Y VECTORIZACIÓN DE FÁRMACOS (HEVEFARM), UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, IBSAL. ⁽³⁾ DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y GASTROINTESTINALES, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIODONOSTIA, IKERBASQUE, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA, UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO (UPV/EHU), SAN SEBASTIÁN. ⁽⁴⁾ CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED PARA EL ESTUDIO DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD)

Una importante limitación en el tratamiento del colangiocarcinoma (CCA) es su escasa respuesta a la quimioterapia disponible. Puesto que los transportadores de membrana OCT1 y ASBT pueden mediar la captación del fármaco Bamet-UD2 (un conjugado citostático de cisplatino + ursodesoxicólico), en este estudio investigamos el papel de estas proteínas como dianas en la quimiosensibilización del CCA. La sobre-expresión tanto de ASBT como de OCT1 en células de hepatoma humano aumentó su sensibilidad al Bamet-UD2, pero no al cisplatino. Sin embargo, en biopsias humanas de CCA y de tumores inducidos experimentalmente en ratas se encontró una expresión mantenida de ASBT, pero muy reducida de OCT1. En líneas celulares derivadas de CCA también encontramos expresión de ASBT, así como capacidad de captar Bamet-UD2 y mayor respuesta que al cisplatino no vectorizado. En

ratones con tumores implantados (s.c.) que expresaban ASBT, el Bamet-UD2 fue más efectivo que el cisplatino en reducir el tamaño tumoral y no se detectaron signos de toxicidad extra-tumoral. En conclusión, ASBT puede ser una diana terapéutica eficaz en el desarrollo de quimioterapia vectorizada contra el CCA.

CORRESPONDENCIA: fjimenez3@hotmail.com

11.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE) DE PÁNCREAS EN HOSPITALES DE ALBACETE Y ALCÁZAR DE SAN JUAN

Rodríguez Toboso, Gabriel ¹, Ramón Ruíz MI ¹, Calzada Delgado I ¹, Martínez Rodenas P ¹, Vicente Gutierrez MM ¹, Martínez López MM ¹, Moreno Planas JM ¹, Pérez Flores R ¹, Rodríguez Toboso J ¹, Montealegre Barrejón M ², Legaz Huidobro ML ³

¹ HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE. ALBACETE.

² HOSPITAL GENERAL DE VILLAROBLEDO. ALBACETE.

³ HOSPITAL GENERAL ALCAZAR DE SAN JUAN. CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN

Los TNE pancreáticos son poco frecuentes (3-5% de todas las neoplasias pancreáticas) y tienen mejor pronóstico que el resto de tumores exocrinos.

OBJETIVOS

Determinar las características de los TNE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 30 pacientes diagnosticados de TNE pancreáticos en los hospitales de Albacete y Alcázar de San Juan entre 2007-2015, estudiando sus características.

RESULTADOS

Un 53% eran mujeres (n:16). El 70% tenía más de 45 años. Un 76% eran lesiones únicas (n:23). En ecoendoscopia, el 60% eran redondeados, siendo hipocogénicos un 50%, y el 90% (n:27) no tienen calcificaciones. Un 50% tienen más de 2 cm. Presentan adenopatías un 63% de los pacientes (n:19) e invaden vasos un 13,3% (n:4). La cromogranina A se encuentra elevada en un 80% de los pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes, los TNE se dan con mayor frecuencia a partir de los 45; suelen ser lesiones únicas, redondeadas, hipocogénicas, sin calcificaciones y con aumento de cromogranina A.

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezoboso@hotmail.com

12.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HEMATOMA INTRAMURAL DE INTESTINO DELGADO EN UN PACIENTE HEMOFÍLICO

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

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

La suboclusión intestinal es un cuadro clínico caracterizado por la interrupción incompleta de la progresión distal del contenido intestinal y puede deberse a múltiples etiologías. A continuación exponemos el caso de un varón de 20 años con hemofilia A grave comenzó con cuadro de dolor abdominal periumbilical y clínica de suboclusión intestinal. La TC mostró una hemorragia submucosa en yeyuno y dilatación de segmentos proximales. Se decidió tratamiento conservador con factor VIII plasmático con buena respuesta del tratamiento y resolución del hematoma intramural. Con este caso queremos destacar esta rara manifestación intestinal de la hemofilia, su comportamiento clínico atípico como suboclusión intestinal y su buena respuesta a tratamiento conservador con FVIII frente a la cirugía como primera opción terapéutica

CORRESPONDENCIA: h.mp@hotmail.es

13.

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS, MÁS ALLÁ DEL CÁNCER COLORRECTAL.

Martínez Lozano H, Díaz Ruíz R, Carbonell Blanco C, González Asanza C, Bañares Cañizares R, Pajares Díaz Ja
SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

El Peutz-Jeghers (PJ) es un síndrome autosómico dominante, debido a mutaciones del gen STK11, que se caracteriza por los pólipos hamartomatosos y la pigmentación mucocutánea. El cáncer de colon de aparición precoz es la complicación más típica pero no es la única. Presentamos un paciente de 38 años, diagnosticado de PJ a los 7, que ha requerido cinco resecciones intestinales por diferentes motivos: invaginación, desarrollo de adenocarcinoma intestinal, polipeptomías profilácticas y hemorragia digestiva. También ha presentado complicaciones extraintestinales por afectación de los senos paranasales. El seguimiento actual incluye cápsula intestinal, resección endoscópica de hamartomas y adenomas, ecoendoscopia de páncreas y despistaje de tumores urogenitales. El PJ es poco frecuente pero que requiere un seguimiento estrecho y un abordaje multidisciplinar para identificar de manera precoz las manifestaciones en los diferentes órganos así como minimizar los daños colaterales.

CORRESPONDENCIA: helena18_3@hotmail.com

14.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE COLANGITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

Calzada Delgado I, Ramón Ruíz MI, Moreno Planas, JM, Rodríguez Toboso G, Martínez Rodenas P, Garrido Martínez M, Villena Moreno K, Fernández de Cañete Camacho JC, Velasco Valcarcel J, Pérez Flores R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

OBJETIVO

Analizar la etiología de la colangitis aguda en una serie retrospectiva de 220 pacientes ingresados en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital General de Albacete con dicho diagnóstico. Las variables que fueron analizadas, utilizando el programa SPSS, fueron: causas, tipo de tratamiento, CPRE.

RESULTADOS

La principal causa de colangitis aguda, en más del 80% de los casos, fue la coledocolitiasis. Otras causas, por orden de frecuencia, fueron: estenosis benigna de la vía biliar (3.2%), patología neoplásica (2.7%), obstrucción de la prótesis metálica (1.4%) y plástica (0.9%). Se realizó CPRE en el 87.8% de los pacientes diagnosticados de colangitis, siendo resolutoria en 73.1%.

CONCLUSIONES

La colangitis aguda está ocasionada principalmente por patología benigna, resuelta en su mayoría mediante CPRE. La principal causa es la coledocolitiasis y únicamente se observó patología maligna en 2.7% de los pacientes.

CORRESPONDENCIA: i.calzada.delgado@gmail.com

15.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE COLANGITIS AGUDAS

Ramón Ruiz MI, Moreno Planas JM, Calzada Delgado I, Corpa Alcalde A, Velasco Valcarcel J, Rodríguez Toboso G, Martínez Rodenas P, Villena Moreno K, Garrido Martínez M, Fernández de Cañete Camacho JC, Pérez Flores R

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALBACETE.

OBJETIVO

Estudio retrospectivo de 220 pacientes con colangitis aguda.

RESULTADOS

El 55% eran varones, edad media 77 años. En el 80% se trataba del primer episodio. Síntomas más frecuentes de consulta: fiebre 44%; dolor abdominal 16%; deterioro general 14%; tiritera 11% y triada de Charcot 9.5%. En el 90% de los casos se debió a coledocolitiasis, seguida por estenosis benignas de la vía biliar (3.6%) y neoplasias (2.7%). En un 15.5%, los pacientes presentaron pancreatitis aguda asociada y en un 16%, colecistitis aguda. Todos los pacientes recibieron antibioterapia, generalmente Piperacilina-Tazobactam. La CPRE se realizó en el 88% de los casos (urgente en el 18%); con un porcentaje de complicaciones inferior a 7%: hemorragia (n=5); pancreatitis (n=3); perforación (n=1); pancreatitis (n=1); infección (n=1). En 137 pacientes se pudo hacer un estudio microbiológico, siendo positivo en el 39% (bacilos gram negativos).

CONCLUSIONES

Las colangitis agudas son causa frecuente de hospitalización, afectando a personas de edad avanzada. La etiología más frecuente es la litiasis. El tratamiento en la mayoría de los pacientes fue antibioterapia y CPRE.

CORRESPONDENCIA: isabelramonruiz@hotmail.com

16.

TUMOR PERIANAL DE ORIGEN MESENQUIMAL

Santos Fernández J, Arenal Vera Jj, Tinoco C, Cítores Ma, Vara A

Sº A. DIGESTIVO, Sº CIRUGÍA GENERAL, Sº RADIOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID)

El angioleiomioma se define como un tumor benigno derivado de las células mesenquimales o no epiteliales distribuidas por todo el organismo. La localización más frecuente es a nivel de tracto genital femenino y a nivel cutáneo en extremidades inferiores. Se han descrito algunos casos de localización en el tracto digestivo superior. La localización anorrectal supone menos del 0,1%. Es una rareza entre las tumoraciones perianales. Es más frecuente en la quinta década de la vida y con predominio en el sexo femenino. La forma de presentación es una tumoración no dolorosa, próxima al ano. Ecografía endoanal y RMN son exploraciones que pueden descubrir las características de las lesiones de esta localización y su relación con el esfínter anal. El diagnóstico definitivo depende del estudio anatomopatológico. A continuación describimos un caso de angioleiomioma de localización anal interesfinteriana.

CORRESPONDENCIA: javiersantos_88@hotmail.com

17.

ESOFAGITIS POR TETRACICLINAS

Avila Alegría JC, Carbonell Blanco C, Castillo Pradillo M, Matilla Peña A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Se conoce que numerosas drogas pueden causar esofagitis y presentarse en diferentes espectros de complicaciones como inflamación, ulceración, sangrado, penetración, perforación e incluso la muerte. Mujer de 35 años sin antecedentes relevantes en tratamiento con doxiciclina por acné. Acude a urgencias por epigastralgia y pirosis de 2 días de evolución, presentando posteriormente disfagia para sólidos y odinofagia a nivel centrotorácico. Se realiza gastroscopia donde se observan desde 29 a 34cm de arcada dentaria, erosiones longitudinales cubiertas de fibrina que cubren casi la totalidad de la circunferencia esofágica, con friabilidad importante al roce del endoscopio. Se diagnostica de esofagitis por doxiciclina, se suspende dicho fármaco y recibe tratamiento con sucralfato, mejorando los síntomas. Las tetraciclinas y sus variantes siguen reportándose como la causa más frecuente de esofagitis por drogas. El diagnóstico se realiza con los antecedentes, presentación clínica e imagen endoscópica.

CORRESPONDENCIA: jcaa_1265@hotmail.com

18.

HEMOSUCCUS PANCREATICUS, UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Olmos Martínez JM¹, González Martínez M¹, Ruiz Bueno P¹, Álvarez González S¹, Alonso Martín C¹, Rodríguez de Lope López C¹, Jordá Lope J², Terán Lantarón A¹, Crespo García J¹

¹ SERVICIO APARATO DIGESTIVO, ² SECCIÓN DE RADIOLOGÍA VASCULAR E INTERVENCIÓNISTA, SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER, CANTABRIA.

INTRODUCCIÓN

El Hemosuccus pancreaticus (HsP) es una causa grave de hemorragia digestiva (HD) con una incidencia estimada de 1/1500 HD. Puede deberse a tumores, pancreatitis crónica o a pseudoaneurismas de la arteria esplénica o gastroduodenal (AGD) siendo esta última causa la más grave.

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA y pancreatitis aguda, que presenta dolor epigástrico intenso intermitente de características pancreáticas, cortejo vegetativo, melenas y Hb de 6,9g/dl. En la exploración destacaba, dolor a la palpación y un soplo epigástrico. Tras una gastroscopia normal; Eco-Doppler y Angio-TAC demostraron un pseudoaneurisma de 3cm de la AGD. Se realizó embolización selectiva de la lesión con hidrocoils, con una evolución satisfactoria posterior.

CONCLUSIÓN

El HsP es una patología rara pero potencialmente mortal, siendo vital el diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento endovascular es una opción eficaz y menos invasiva que la cirugía

CORRESPONDENCIA: jmolmos89@gmail.com

19.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFÁGICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN HIPERNEFROMA

Tafur C, Velayos B, Berroa E, Mora N, Fernandez Salazar L, González JM

SERVICIO DE APARATO DIGESTO.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Describimos un caso clínico en el que la manifestación inicial de un hipernefroma fue un sangrado digestivo alto, secundario a una hipertensión portal izquierda.

La hipertensión portal secundaria a trombosis de la vena esplénica es un evento poco común y puede tener causas locales o sistémicas. Consiste en la trombosis de la vena esplénica, que se puede manifestar por un sangrado por varices gástricas aisladas, con una vena porta permeable y una función hepática normal. Los factores de riesgo locales, que son el 70% de casos, pueden ser neoplasias abdominales, enfermedades infecciosas o inflamatorias, procedimientos quirúrgicos o cirrosis.

Se presenta un paciente de 56 años que debutó con sangrado por varices gástricas secundarias a la trombosis de la esplénica por una masa retroperitoneal cuyo diagnóstico final fue hipernefroma.

El hipernefroma se caracteriza por su diversidad de manifestaciones clínicas, motivo por el cual se ha llamado el tumor del internista, siendo excepcional que el primer síntoma sea una hemorragia digestiva alta varicosa

CORRESPONDENCIA: litafur@hotmail.com

20.

LISTERIA MONOCYTOGENES: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

Ruiz Bueno P, González Martínez M, Álvarez González S, Alonso Martín C, Olmos Martínez JM, Fortea Ormaechea JI, Cuadrado Lavín A, Casafont Morencos F, Crespo García J

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO,
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una infección bacteriana frecuente y grave de los pacientes cirróticos con ascitis, con una prevalencia del 1,5-3,5%. Las bacterias gram negativas son los agentes responsables más frecuentes, mientras que las bacterias gram positivas son más prevalentes en pacientes en tratamiento con quinolonas para prevenir la aparición de esta complicación. Dentro de este último grupo, *Listeria monocytogenes* constituye una causa poco común de PBE. Presentamos el caso de una paciente de 41 años con cirrosis hepática de origen enólico avanzada (CHILD B, MELD 16) que presentó una PBE por *Listeria monocytogenes* sin haber estado previamente en profilaxis con norfloxacino. Tras la falta de respuesta a tratamiento con una cefalosporina de tercera generación, recibió tratamiento dirigido con ampicilina, con curación posterior de la infección. El estado avanzado de su cirrosis y el tratamiento previo con corticoides pudo favorecer su desarrollo.

CORRESPONDENCIA: pruibueno@hotmail.com

21.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL PLASMOCITOMA GÁSTRICO

Ruiz Bueno P, Álvarez González S, Alonso Martín C, Olmos Martínez JM, González Martínez M, Terán Lantarón Á, López Arias MJ, De la Peña García J, Crespo García J

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO,
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

El plasmocitoma gástrico es una forma poco común de plasmocitoma extramedular, que puede evolucionar a mieloma múltiple u otras formas de gammapatía monoclonal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros tumores gástricos como el adenocarcinoma, los tumores estromales o los linfomas, siendo la histología y las técnicas inmunohistoquímicas esenciales para establecer el diagnóstico definitivo. Clínicamente puede ser asintomático o presentarse con vómitos, dolor abdominal, anorexia o raramente, con hemorragia digestiva alta. Presentamos el caso de un paciente de 79 años con clínica de hemorragia digestiva alta, consistente en melenas y anemia. En la endoscopia alta realizada se objetivó una lesión focal sénil en cuerpo gástrico, de aspecto tumoral, que tras el estudio histológico fue etiquetada de plasmocitoma. Se decidió no realizar tratamiento quirúrgico o endoscópico, dada las comorbilidades del paciente, y se optó por radioterapia paliativa con intención hemostática.

CORRESPONDENCIA: pruibueno@hotmail.com

22.

PAPEL DIAGNÓSTICO DE LA ADENOSIN DEAMINASA EN LA PERITONITIS TUBERCULOSA EN UNA PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

Becerro-González I, Herranz Pérez R, Casals Seoane F, Calvo Ramos I, Santander Vaquero C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años cirrosis hepática por alcohol que ingresó por descompensación edemo-ascítica y fiebre de 20 días. Entre las pruebas complementarias destaca derrame pleural, engrosamiento y realce del peritoneo en TC toraco-abdominal, cifras elevadas de ADA en líquido ascítico, cultivo de esputo, y Quantiferon Gamma positivo. Ante sospecha de tuberculosis peritoneal, iniciamos tratamiento antibiótico empírico. Obteniendo, tras 8 semanas de incubación crecimiento de M. Tuberculosis Complex. Evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN

La tuberculosis peritoneal supone el 3-4% del total de tuberculosis y con frecuencia está asociada con la cirrosis hepática. Tan solo un 25% de los casos asocian tuberculosis pulmonar. Cursa con cuadro clínico inespecífico, con escaso rendimiento de la baciloscopia y del cultivo del líquido ascítico. Niveles elevados de ADA, especialmente superiores a 27 U/l, tiene una alta sensibilidad y especificidad y debe hacernos sospechar esta entidad.

CORRESPONDENCIA: raquelherranzperez@gmail.com

COMUNICACIONES PÓSTER ÁCIDO Y MOTILIDAD

1.

VALORACIÓN CLÍNICA Y MEDIANTE PHMETRÍA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO PRECIRUGÍA BARIÁTRICA

Martínez Sánchez A, Ruíz de León San Juan A,
Sevilla Mantilla C, Pérez de la Serna y Bueno J,

Mateos Sánchez P, Arranz Álvarez M, Rey Díaz-Rubio E

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID UNIDAD DE MOTILIDAD DIGESTIVA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se está convirtiendo en un problema sanitario de primera magnitud debido al rápido crecimiento de esta patología en los países occidentales, asociado con la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE). En pacientes con obesidad mórbida, hasta ahora, la cirugía bariátrica es el único tratamiento que consigue alcanzar buenos resultados en cuanto a la pérdida de peso y mejorar la comorbilidad a largo plazo. La cirugía de la obesidad es una cirugía compleja y su técnica puede estar condicionada por la presencia y la gravedad de la ERGE.

OBJETIVO

Valorar la presencia de síntomas de reflujo y las características del mismo mediante pHmetría en pacientes obesos en los que se ha indicado cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio casos control en el que se incluyen 77 pacientes con obesidad severa en los que se indicó cirugía bariátrica por índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m² ó ≥ 35 kg/m² con problemas médicos serios, y se comparan con un grupo control formado por 22 sujetos sanos no obesos. Los síntomas se evaluaron mediante un cuestionario clínico estructurado. El criterio clínico para considerar un paciente como sintomático se definió por la presencia de síntomas típicos (pirosis y/o regurgitaciones ácidas) al menos dos veces por semana. A todos se les realizó manometría esofágica de alta resolución con técnica de estado sólido y pHmetría de 24 horas (MARK III Y Delta; Synectics/Gyven) según técnica habitual. Se estudian los aspectos demográficos, la presencia o no de síntomas y diferentes valores de las pHmetrías. Las comparaciones entre grupos se realizaron por la U de Mann-Whitney. Se consideró una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Se evaluaron 77 pacientes (56 mujeres y 21 hombres) obesos precirugía bariátrica con una media de edad de 50,9 años (rango 19-57) y un IMC medio de 41,6 (rango 35,1-54); 24 pacientes asintomáticos y 53 (68,8%) con síntomas de RGE, y 22 controles sanos (11 mujeres) con una media de edad de 28 años (rango 19-58 años), no obesos con una mediana del IMC 19,7. Se encuentran diferencias significativas entre la media del número de episodios de los controles: 35,7 (rango 9-94), con los pacientes obesos y entre los obesos asintomáticos: 75,6 (rango 18-164) con los sintomáticos: 136 (rango 11-369). El episodio más largo en bipedestación tiene una duración media de 3,4 (rango 1-21) en controles, 3,92 (rango 1-12) en obesos asintomáticos y 8,42 (rango 1-36) en obesos sintomáticos, con significación estadística entre los pacientes sintomáticos con los asintomáticos y los controles. El episodio más largo en decúbito supino tiene una duración media de 3,4 (rango 1-21) en controles, 3,13 (rango 0-25) en obesos asintomáticos y 12,09 (rango 0-120) en obesos sintomáticos; objetivándose diferencias significativas entre el grupo de obesos sintomáticos con los asintomáticos y los controles. Se encuentran diferencias entre el tiempo con pH esofágico $< 4,5$ medio entre controles: 1,5 (rango 0,1-5,9) con pacientes obesos y entre los obesos asintomáticos: 3,2 (0,6-10,5) con los sintomáticos: 8,1 (rango 0,4-29,5). La puntuación de DeMeester media es de 6,5 (rango 0,7-17) en controles, 13,5 (3-35) en obesos asintomáticos y 34 (rango 2-166) en obesos sintomáticos, con significación entre controles con pacientes obesos y entre los obesos asintomáticos con sintomáticos. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el número de episodios, episodio más largo en bipedestación, episodio más largo en supino, tiempo con pH esofágico < 4 y puntuación de DeMeester entre pacientes obesos asintomáticos y sintomáticos. Los obesos asintomáticos presentan un IMC medio de 41 (rango 36-50) no encontrándose diferencias con el IMC medio de 40 (rango 33-54) de los pacientes sintomáticos ($p=0,23$). En el grupo de pacientes obesos, se encuentra relación significativa entre la presencia de síntomas con la edad avanzada, número de episodios totales, episodio más largo en bipedestación, episodio más largo en supino, tiempo con pH esofágico < 4 y puntuación de DeMeester.

DISCUSIÓN

En nuestra serie se encuentran diferencias estadísticas entre el grupo control y los pacientes obesos, con una mayor frecuencia de episodios, duración del episodio más largo en bipedestación y

supino, tiempo con pH esofágico < 4 y puntuación de DeMeester en el grupo de pacientes obesos. Lo más llamativo, es la diferencia que existe en cada uno de estos parámetros al comparar el grupo de pacientes sintomáticos con los asintomáticos. Todo ello, podría ser una herramienta futura en el estudio precirugía bariátrica debido a la relación existente entre los pacientes asintomáticos con una menor frecuencia y gravedad del reflujo gastroesofágico, presentando además una edad más joven. No obstante, el IMC no parece relacionarse con la presencia de síntomas o con la gravedad del reflujo gastroesofágico; no siendo un criterio discriminativo en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas y reflujo patológico es alta en los pacientes con obesidad mórbida. En la mayoría de los pacientes se trata de RGE patológico de carácter leve, con aumento del número de episodios de corta duración. En nuestra serie, tanto los pacientes sintomáticos como los asintomáticos presentan una mayor presencia de reflujo gastroesofágico frente a controles sanos, siendo este reflujo más frecuente y grave en los obesos sintomáticos con diferencias estadísticamente significativas con los asintomáticos, al presentar un mayor número de episodios y ser de más larga duración. No hemos encontrado en los pacientes obesos relación entre el índice de masa corporal y la presencia y gravedad del reflujo. Limitaciones del estudio: la edad y la distribución por género del grupo control es claramente diferente de la de los pacientes obesos.

CORRESPONDENCIA: almartinezsanchez@gmail.com

2.

CAUSA INFRECUENTE DE PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Zatarain Valles A, Ruiz de León San Juan A,
Megía Sánchez M, Ayllón Cano S, Pérez Enciso I,
Pérez de la Serna y Bueno J, Rey Diaz-Rubio E
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID,

INTRODUCCIÓN

La pseudo-obstrucción intestinal es un síndrome caracterizado por signos y síntomas de obstrucción mecánica en ausencia de una lesión anatómica que lo justifique. En algunas ocasiones esta situación puede volverse crónica debido principalmente a alteraciones neuro o miopáticas que afectan a las estructuras intestinales.

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años diabético, hipertenso y obeso con antecedentes de cáncer de pulmón microcítico intervenido en 2003 con neuropatía atáxica paraneoplásica asociada y una insuficiencia renal crónica. Presenta un hábito estreñido con varios ingresos por dolicosigma desde el 2011 y un episodio de vólvulo de sigma intervenido en junio del 2013 (sigmoidectomía con colostomía terminal) con posterior reconstrucción T-T en junio del 2014. Acude a urgencias por estreñimiento pertinaz de una semana de evolución, que no responde a laxantes ni enemas, acompañado de dolor abdominal y vómitos biliosos. Se objetiva un abdomen muy distendido con ruidos hidroaéreos ausentes y en el tacto rectal se palpan heces en la ampolla. Analíticamente presenta una discreta leucocitosis acompañada de una reagudización de su insuficiencia renal y leves alteraciones iónicas (hiponatremia e hiperpotasemia). En la radiografía abdominal se aprecia una gran dilatación de asas de intestino grueso y delgado con niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ampolla rectal. El paciente ingresa con diagnóstico de

pseudo-obstrucción intestinal y se inicia tratamiento con laxantes, enemas, procinéticos y sonda rectal. En vista del empeoramiento clínico y radiológico se realiza TAC abdominal donde se objetiva una dilatación de todo el marco cólico (12cm a nivel de transversal) sin evidencia de causa obstructiva ni signos de pneumoperitoneo. Sospechando un síndrome de Ogilvie se inicia tratamiento con neostigmina y se realiza una descompresión endoscópica. Dados los antecedentes del paciente se valoran causas de pseudo-obstrucción intestinal crónica solicitándose una manometría anal que objetiva una hipotonía del conducto anal por afectación de ambos esfínteres junto con una ausencia del reflejo recto-anal inhibitorio y de la percepción de distensión de la ampolla rectal. Al ser compatible con enfermedad de Hirschsprung pero no definitivo, se solicita biopsia rectal confirmando la patología al no observarse la presencia de células ganglionares en los plexos nerviosos de la unión mucocutánea rectal. Se propone al paciente la realización de una intervención quirúrgica programada, pero en vista de la mejoría con el tratamiento conservador prescrito éste se niega a la misma.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Hirschsprung es un trastorno motor intestinal caracterizado por una ausencia de células ganglionares en el plexo mientérico de Auerbach debido a un defecto de la migración craneo-caudal de los neuroblastos originados en la cresta neural durante la gestación. En un 95% de los casos se diagnostica antes de los 5 años pero hay ocasiones en que no son diagnosticados hasta la edad adulta debido a la afectación exclusiva de segmentos colónicos ultracortos a nivel distal cuya función es compensada por la dilatación de regiones colónicas más proximales. La sospecha de esta entidad ante cuadros de estreñimiento crónico refractario al tratamiento médico en la edad adulta es imprescindible para establecer el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico definitivo con el que se evitarán las complicaciones derivadas de las obstrucciones intestinales recurrentes.

CORRESPONDENCIA: ana.zatarain.valles@gmail.com

3.

MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA ERGE EXTRA-ESOFÁGICA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Hontoria Bautista G, Bernad Cabredo B, Romero Araúzo MJ,
Ramos Rosario HA, Moncada Urdaneta A, Sáez-Royuela F,
Martín Lorente JL.

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

INTRODUCCIÓN

La ERGE con manifestaciones extraesofágicas (MEE) supone una proporción importante de las pruebas funcionales. Objetivo: Conocer las variables clínicas y los resultados de la manometría de alta resolución (HRM) en pacientes con MEE.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes con MEE, entre Enero y Junio de 2015. La HRM se realizó por un equipo de perfusión de 22 canales (MMS), valorándose según los criterios de Chicago II.

RESULTADOS

Se realizaron 173 HRM; 52 (30%) para estudio de MEE. Edad media: 56,8±12,6; 57,7% mujeres. El 69,2% con sintomatología tí-

pica de ERGE además de las MEE. La MEE más frecuente fue la laringitis crónica (44,2%) seguido de tos crónica (32,7%), asma, infecciones respiratorias repetidas y erosiones dentarias. El resultado de la HRM fue Normal: 50%, Peristalsis débil con pequeños defectos: 11,5%, Peristalsis débil con grandes defectos: 28,8% y Peristalsis fallida frecuente: 9,7%.

CONCLUSIONES

La valoración de pacientes con MEE es actualmente una causa frecuente de HRM, muchas veces sin sintomatología típica. La laringitis crónica es el motivo de petición más frecuente. Con frecuencia se aprecian alteraciones manométricas en la HRM.

CORRESPONDENCIA: jlmartinlo@icloud.com

4.

MANOMETRÍA ESOFÁGICA: UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Carrión Martín L, García Lledó J, Castillo Pradillo M, Navarrete Marín C, Perez Rial G, Nogales Rincón O, Merino Rodríguez B, Pérez Carazo L, López Ibañez M, González Asanza C
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

La manometría esofágica (ME) es la técnica de elección en el estudio de trastornos motores esofágicos.

OBJETIVO

Evaluar utilidad diagnóstica de la ME en Hospital Gregorio Marañón.

MÉTODO

Se revisaron 325 estudios de ME de alta resolución realizados entre marzo 2014 y junio 2015. Se agruparon según el motivo clínico en: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), disfagia y dolor torácico no cardiogénico (DTNC). Se siguieron criterios diagnósticos de Chicago 2012.

RESULTADOS

Resultados alterados en 65,8%. En el grupo ERGE el diagnóstico más frecuente fue peristalsis disminuida/Hipotonía Esfínter Esofágico Inferior (EEI) (45,70%). En disfagia los hallazgos más frecuentes fueron peristalsis disminuida (17,24%) y acalasia (12,07%). La hipotonía del EEI (33,33%) fue el diagnóstico más frecuente en DTNC.

CONCLUSIÓN

Existe controversia entre hallazgos manométricos y su traducción clínica. En nuestro centro, la ME tuvo mayor relevancia en la ERGE y disfagia, resultados comparables con estudios previos. Destaca alto porcentaje de hipotonía de EEI en DTNC

CORRESPONDENCIA: laucarmar@gmail.com

5.

VÓLVULO INTESTINAL EN EL ADULTO

Lindo Ricce M, Perea Espiga E, Caldas Álvarez,
González Moreno L, Santander Vaquero C

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

INTRODUCCIÓN

El vólvulo intestinal (VI) representa una causa poco frecuente de oclusión intestinal en el adulto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años, acude por dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal. Se realiza placa de abdomen y analítica siendo normales. La tomografía abdominal la informan inicialmente como engrosamiento concéntrico de íleon probablemente secundario a ileitis. Es observada durante 24 horas, presentando mejoría, por lo que se inicia tratamiento antibiótico bajo esta sospecha. Presenta empeoramiento clínico y analítico. Se revisa la tomografía, mostrando cambios sugestivos de VI. Se realiza laparotomía exploradora, confirmándose el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El VI es definido como la torsión de un segmento del intestino alrededor de su eje vascular. El diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas son poco específicos. Los exámenes de laboratorio y la radiografía simple pueden ser normales en un inicio. Por el contrario la tomografía abdominal es considerada la prueba diagnóstica de referencia, siendo capaz de mostrar la torsión de los vasos mesentéricos ("signo de giro"). El abordaje quirúrgico es imprescindible para lograr restablecer el flujo sanguíneo; por lo que un diagnóstico temprano es de suma importancia.

CORRESPONDENCIA: mayral86@outlook.es

6.

DISFAGIA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Mora Cuadrado N, Ruiz Rebollo L, Utiel Monsálvez E,
Berroa de la Rosa E, Tafur Sánchez CN, Antolín Melero B,
González Hernández JM

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN

La disfagia es un síntoma muy prevalente que se caracteriza por dificultad o incomodidad durante la progresión del bolo alimentario desde la boca hasta el estómago. Presentamos dos casos de disfagia infrecuente vistos en nuestro hospital.

CASO 1

Varón de 69 años que ingresa por un cuadro de disfagia de dos años de evolución inicialmente a sólidos y progresivamente a líquidos asociado a intensa odinofagia que le impide prácticamente deglutir nada. Como antecedentes destacan insuficiencia suprarrenal y un accidente de tráfico hace más de 20 años que le produjo importantes lesiones a nivel de la columna cervical. Se realiza una gastroscopia que informa de la presencia de mucosa edematosa nodular a nivel de la boca de Killian. Cardias permeable, sin lesiones y bien situado. No se evidenciaron alteraciones en el resto de la exploración. Se tomaron biopsias de la mucosa esofágica alterada con resultado normal. Se solicita una RM de cuello en la que se detecta la presencia de cervicartrosis severa con importante osteofitosis anterior que impronta en hipofaringe y origen del esófago. Se completa el estudio con un esofagograma que informa de osificación del ligamento común vertebral anterior a nivel cervical. Todo ello compatible con enfermedad de Forrestier. Fue intervenido quirúrgicamente con evolución satisfactoria y tras 2 años de seguimiento se mantiene asintomático con deglución normal.

CASO 2

Mujer de 86 años que ingresa por disfagia, sialorrea y dolor retroesternal tras atragantamiento con un trozo de carne. La paciente refiere varios episodios similares con resolución espontánea

desde hace varios años. Como antecedentes destacan hipertensión arterial y artrosis. Se intenta realizar una gastroscopia siendo imposible progresar más allá de la boca de Killian. Se solicita un esofagograma detectándose una desviación del esófago hacia la derecha secundaria a un aumento de tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo. Ante estos hallazgos se realiza un TC en el que se objetiva un agrandamiento del lóbulo izquierdo tiroideo con múltiples nódulos y calcificaciones en relación a bocio multinodular que produce impronta traqueal en su lado izquierdo así como también importante impronta esofágica. Finalmente concluimos que se trataba de un caso de disfagia secundaria a compresión extrínseca por bocio multinodular endotorácico. En el momento actual la paciente se encuentra asintomática con adecuada deglución. Dado el riesgo quirúrgico se decidió no realizar cirugía y mantener vigilancia y tratamiento nutricional.

CORRESPONDENCIA: nalia.mora@gmail.com

COMUNICACIONES PÓSTER INTESTINO

1.

USO COMPASIVO DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN

Bernad Cabredo B, Moncada Urdaneta AC, Arias García L, Sáez-Royuela F, Sicilia Aladrén B.

UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

INTRODUCCIÓN

Ustekinumab es eficaz en la inducción y mantenimiento de la enfermedad de Crohn (EC) tras fracaso de fármacos antiTNF.

OBJETIVO

Evaluar respuesta y remisión en pacientes con EC leve-moderada tratados con Ustekinumab.

MÉTODOS

Se evalúa respuesta y remisión en semanas (S) 4, 12 y 24 en 6 pacientes consecutivos con EC leve-moderada y fracaso a 2 anti-TNF.

RESULTADOS

De los 6 pacientes: 3 eran corticodependientes, 2 tenían antecedente de cirugía, 3 de enfermedad perianal. Dos pacientes se trataron concomitantemente con inmunomoduladores. Regímenes de inducción: 4 pacientes con 90mg sc en semana 0 y 4; 2 pacientes con 90 mg sc semanal durante 4 semanas. Mantenimiento con 90mg s.c. cada 8 semanas en todos. S4: respuesta clínica en 83%. S12: respuesta en 67% y remisión en 17%. S24: respuesta en 17% y remisión clínica en 67%.

CONCLUSIÓN

Un alto porcentaje de pacientes alcanzaron remisión clínica pero de forma más tardía que en los estudios publicados.

CORRESPONDENCIA: belenbernadca@gmail.com

2.

DÉFICIT DE VITAMINA D EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Martos Plasencia C, Verdejo Gil C, Lorente Poyatos R, de la Santa Belda E, Peña Gómez M, Salmoral Luque R, López Viedma B, Olmedo Camacho J

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

INTRODUCCIÓN

El tejido óseo presenta una naturaleza dinámica derivada de la constante interacción de la actividad de los osteoblastos y osteoclastos⁽¹⁾. En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha observado un aumento del riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el metabolismo óseo con respecto a la población general⁽²⁾. El mecanismo por el que se favorece la aparición de estas patologías no está perfectamente definido aunque parece responder a un origen multifactorial. Entre los factores implicados destacan: factores nutricionales, exposición a fármacos y el propio ambiente proinflamatorio de la enfermedad^(1,3). Entre los factores nutricionales más relevantes puede destacarse el déficit de vitamina D.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el déficit de vitamina D en los pacientes con EII, en seguimiento en la consulta monográfica de EII del HGUCR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio observacional transversal retrospectivo, donde se han revisado todas las determinaciones de vitamina D realizadas en pacientes con EII, tanto enfermedad de Crohn (EC) como Colitis Ulcerosa (CU), en seguimiento en la consulta monográfica entre los años 2012–2015. Se consideró déficit establecido de vitamina D los valores por debajo de 20 ng/ml, déficit parcial los niveles entre 20–30 ng/ml y valores normales por encima de 30 ng/ml. Se analizaron las características epidemiológicas de los pacientes y variables clínicas de la enfermedad.

RESULTADOS

Se obtuvieron resultados de vitamina D de 106 pacientes. 48 pacientes (45,3%) eran varones, con una media de edad de 45,63 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10,07 años. 65 pacientes (61,3%) estaban diagnosticados de enfermedad de Crohn, 40 pacientes (37,7%) colitis ulcerosa y 1 paciente (0,9%) colitis indeterminada. En el momento de la determinación, 77 pacientes (79,4%) se encontraban en remisión biológica. El valor medio de vitamina D sérica fue de 20,5 ng/ml. 59 pacientes (55,7%) presentaban un déficit establecido definido, 25 pacientes (23,6%) presentaban déficit parcial y 22 pacientes (20,8%) presentaban valores normales. En el análisis por subgrupo, se observa que 53 pacientes (81,5%) con enfermedad de Crohn presentaban niveles subóptimos de vitamina D frente a 30 pacientes (75%) entre los diagnosticados de colitis ulcerosa. Se observaron niveles subóptimos de vitamina D en 48 mujeres (82%) y 36 varones (75%). Con respecto a la extensión la distribución de la carencia fue la siguiente: 6 (75%) en el grupo de Intestino delgado, 18 (90%), en el grupo de Ileon, 18 (85,71%) en el grupo Ileocolónica, 27 (72,97%) en el grupo colon izquierdo y 16 (80%) en el grupo pancolitis. 37 pacientes estaban recibiendo tratamiento biológico y presentando 30 (81,08%) de ellos niveles de vitamina D por debajo de los valores normales. Se realizó un análisis univariante en el que se estudió

la distribución del déficit agrupando la muestra en función del sexo, tipo de enfermedad, extensión y necesidad de tratamiento biológico sin alcanzar la significación estadística en ninguno de los análisis.

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de los pacientes (79,3%) con enfermedad inflamatoria intestinal a los que se les realizó determinación presentaban niveles séricos de vitamina D subóptimos. Los pacientes con déficit de vitamina D presentan mayor riesgo de osteopenia /osteoporosis, siendo recomendable además del tratamiento con suplementos, evaluar su presencia mediante la realización de densitometría ósea.

REFERENCIAS

1. García-Planella E, Domènech E. Osteopenia y osteoporosis en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología* 2004;27(7):417-24. 2. Loftus EV, Crowson CS, Sandborn WJ, Tremaine WJ, O'Fallon WM, Melton LJ. Long-term fracture risk in patients with Crohn's disease: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 2002;123(2):468-75. 3. Legido J, Gisbert J, Pajares J, Maté J. Alteraciones del metabolismo óseo en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2005;97(11):815-29.

CORRESPONDENCIA: carmenmartosplasencia@gmail.com

3.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN TRATADO CON ANTI-TNF α

Cristina Verdejo Gil, Rosario Salmoral Luque, Juan Luis Santiago Sánchez-Mateo^{1,2}, Manuela López Nieto¹, Rufo Lorente Poyatos, Melvyn Peña Gómez, Carmen Martos Plasencia, Eva De la Santa Belda, Bartolomé López Viedma, Pilar Olivencia, José Olmedo Camacho

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, SERVICIO DE DERMATOLOGÍA¹, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN TRANSLACIONAL², HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis en humanos es producida por *Leishmania infantum* y es endémica en países mediterráneos. La terapia con bloqueo del TNF- α supone un factor de riesgo para infecciones oportunistas, especialmente aquellas en las que la formación del granuloma es importante para la defensa del huésped, como micobacterias y leishmanias. Actualmente, el manejo clínico de la leishmaniasis cutánea (LC) durante el tratamiento biológico es controvertido.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 36 años, diagnosticada de Enfermedad de Crohn (EC) a los 30 años de edad, con afectación inflamatoria de íleon y colon y enfermedad perianal asociada con espondilitis anquilopoyética (EA) como manifestación extraintestinal (A2,L3,B1+p según la clasificación de Montreal). Inició tratamiento con azatioprina al diagnóstico y al año se añadió infliximab. A los 3 años, existía respuesta al tratamiento de la EC pero una pérdida de respuesta con respecto a su EA, por lo que se decide sustituir por adalimumab (ADA) en monoterapia a dosis estándar. Al año del tratamiento con ADA desarrolla una úlcera cutánea dolorosa en muslo izquierdo y otras dos placas inflamatorias en cara posterior de pierna derecha y antebrazo izquierdo, sin fiebre ni otras alteraciones a nivel sistémico. La biopsia mostró un infiltrado granulomatoso denso en dermis e hipodermis,

compuesto por histiocitos epiteloides, linfocitos, células plasmáticas y ocasionales células gigantes multinucleadas, sin visualizar microorganismos y siendo negativos los cultivos para bacterias, micobacterias y hongos. Ante la ausencia de microorganismos en las tinciones específicas y los cultivos, se hizo el diagnóstico de EC metastásica y se trató con infiltraciones con corticoides. Debido a la mala evolución de la úlcera, se tomaron nuevas biopsias de todas las úlceras para hacer el estudio por PCR para *Leishmania* sp., que confirmó que se trataba de *L. infantum*. Tras la confirmación de *L. infantum* en las tres úlceras y habiéndose descartado la afectación sistémica (mediante PCR en sangre negativa para *Leishmania* sp), se optó por mantener el tratamiento inmunosupresor, adalimumab, mientras se realizaba el tratamiento específico de la leishmaniasis cutánea mediante infiltraciones de Glucantime® en las úlceras cutáneas, hasta su curación (que se confirmó con negativización de PCR).

CONCLUSIONES

- Se está produciendo un aumento de prevalencia de leishmaniasis cutánea debido al aumento de huéspedes inmunodeprimidos. La cuenca mediterránea es un área endémica y debemos sospechar esta patología en inmunodeprimidos que presenten placas inflamatorias con o sin ulceración.
- Es necesario tomar una biopsia y el diagnóstico sólo puede confirmarse realizando la PCR para *Leishmania* sp. La PCR en sangre nos permite descartar la afectación sistémica.
- En inmunodeprimidos raramente la leishmaniasis cutánea progresa a afectación visceral por lo que lo que se recomienda usar las guías de tratamiento habituales.
- El tratamiento con Glucantime® intralesional asociado o no a crioterapia es el de elección.
- A pesar de que hay autores que recomiendan suspender el tratamiento inmunosupresor, también existen casos descritos en los que se mantiene, como es nuestro caso, siendo la evolución favorable y permitiendo de este modo el control de la enfermedad de base del paciente que en ocasiones puede tener consecuencias graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roé E, et al. Anti-tumour necrosis factor-induced visceral and cutaneous leishmaniasis: case report and review of the literature. *Dermatology* 2015;230(3):204-7. 2. Neumayr A, et al. Clinical aspects and management of cutaneous leishmaniasis in rheumatoid patients treated with TNF- α antagonists. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2013;11:412-420. 3. Zanger et al. Tumor necrosis factor alpha atonst drugs and leishmaniasis in Europe. *Clinical Microbiology and Infection* 2012;18(7):670-676. 4. Zanger et al. Leishmaniasis in the era of tumor necrosis factor alpha antagonist therapy-a research agenda for Europe. *Euro surveillance* 2013;18(30):pii=20542. 5. Bogdan C et al. Leishmaniasis in rheumatology, haematology and oncology: epidemiological, immunological and clinical aspects and caveats. *Ann Rheum Dis* 2012;71(suppl2):i60-i66.

CORRESPONDENCIA: cristinaverdej@hotmail.com

4.

ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED (EICH): DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE AFECTACIÓN DIGESTIVA GLOBAL

Carrión Martín L, Nogales Rincón O, Castillo Pradillo M, Navarrete Marín C, Perez Rial G, García Lledó J, Merino Rodríguez B, Pérez Carazo L, López Ibañez M, González Asanza C
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

La Enfermedad Injerto Contra Huesped(EICH) presenta con frecuencia afectación del tracto gastrointestinal tanto superior como inferior que confiere un pronóstico de gravedad. Su diagnóstico se realiza mediante estudio endoscópico con toma de biopsias.

CASO CLÍNICO

Varón de 41 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos por síndrome mielodisplásico, ingresó con clínica de disfagia, náuseas, vómitos y rectorragia. Se realizó estudio endoscópico con EDA que observó marcada afectación esofágica (foto 1) y duodenal (foto2) con mucosa erosionada y denudada. En la colonoscopia se observaron restos hemáticos, mucosa edematosa y con pérdida del patrón vascular (foto3). Se descartó infección por VHS y CMV, siendo las biopsias compatibles con EICH gastrointestinal grado II, comenzando posteriormente tratamiento específico. Conclusión: La afectación gastrointestinal por EICH tiene gran importancia clínica por su impacto en la calidad de vida y en el pronóstico de la enfermedad. Conocer el amplio espectro de síntomas con el que se puede presentar es esencial. La realización de estudio endoscópico es clave en su diagnóstico.

CORRESPONDENCIA: laucarmar@gmail.com

5.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON EII Y SERONEGATIVIDAD PARA EL VEB

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

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

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: luisfernals@gmail.com

6.

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y COLITIS ULCEROSA

Salmoral Luque R, Verdejo Gil C, Zarca de la Espina MA*, Martos Plasencia C, Peña Gómez M, Lorente Poyatos R, De la Santa Belda E, López Viedma B, Olmedo Camacho J

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO Y DE RADIOLOGÍA*. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

INTRODUCCIÓN

La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una de las manifestaciones extraintestinales de la Colitis Ulcerosa (CU) y suele desarrollarse en varones de 40 años. Se presenta clínicamente como una colestasis secundaria a la inflamación con fibrosis y obliteración del sistema biliar intra y extrahepático, que conduce finalmente a una cirrosis biliar. Tiene una baja prevalencia en los países del Sur de Europa.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 30 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, diagnosticado de pancolitis ulcerosa leve-moderada hace 7 años, que entra en remisión clínico-analítica-endoscópica con 5-ASA 3g vía oral y 1 g vía tópica, y que mantiene la remisión actualmente desde su diagnóstico con 5-ASA 2 g, VO. Desde que fue remitido a nuestras consultas, presentaba alteración asintomática del perfil hepático: GOT 34 UI/L, GPT 47UI/L, GGT161UI/L FA 193 UI/L con cifras de bilirrubina (BR) normales. Los autoanticuerpos (ANA, AMA, AML, anti-LKM, APCA) eran negativos así como la serologías de virus hepatotropos. Presentó positividad para ANCA. La ecografía abdominal mostraba coledocistiasis sin otras alteraciones y se solicitó una colangio-RM, que sugería el diagnóstico de CEP (ver fig. 1): estenosis irregular con dilatación segmentaria en el conducto hepático derecho e izquierdo y ligera dilatación de vía biliar intrahepática así como pequeñas plaquetas hipointensas en conducto biliar izquierdo que sugiere fibrosis. A los 2 años del diagnóstico, comenzó con cuadro de cólicos biliares de repetición y fue colecistectomizado, realizándose biopsia hepática intraoperatoria, que mostró una CEP estadio II, con inflamación portal moderada y proliferación ductular discreta con fibrosis grado II. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático tanto de su CU como de su CEP. Mantiene tratamiento con AUDC a dosis de 20mg/kg/d y con 5-ASA 2g /d VO. Nunca ha presentado episodios de colangitis. Mantiene las cifras de la BR dentro de la normalidad. Se realiza colonoscopias con cromoscopia y colangio-RM anuales. Los valores del CEA y CA 19.9 siempre se han mantenido dentro de la normalidad. Un reciente fibroscan muestra una fibrosis hepática grado F2-F3. No existen datos de HTP como varices esofágicas, ascitis, esplenomegalia y/o hiperesplenismo. Dado que aún no queda claro el momento ideal del trasplante hepático, el paciente se encuentra pendiente de una valoración pre-trasplante.

CONCLUSIONES

Las forma asintomáticas de la CEP tienen una supervivencia de unos 18 años desde el diagnóstico. EL colangiocarcinoma es una consecuencia que comporta una mal pronóstico y se recomienda una prueba de imagen anual para su cribado (preferiblemente la colangio-RM). En asociación con CU, el riesgo de cáncer de colon está aumentado y se aconseja la realización de colonoscopia anual. El ácido ursodesoxicólico mejora la colestasis, pero el trasplante hepático es el único y último recurso terapéutico con buenas expectativas de supervivencia, aunque con una probabilidad de recidiva en el hígado trasplantado.

CORRESPONDENCIA: salmoral72@gmail.com

7.

SARCOIDOSIS PULMONAR INDUCIDA POR INFLIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE COLITIS ULCEROSA.

Alonso Martín, Carmen; Alvarez, Silvia. Ruiz, Patricia; González, Marta; Olmos, J.Manuel; Castro Senosian, Beatriz; Rivero Tirado, Monserrat

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

Varón, 52 años con Colitis ulcerosa de extensión pancolónica, comportamiento corticodependiente e intolerante a azatioprina. Tras brote moderado-severo se inicia de tratamiento con infliximab a dosis habituales. Posterior a la 4ª dosis, ingresa en Neumología por dolor pleurítico en ambos hemitórax y fiebre >38°. En el TAC/PET pulmonar aparecen voluminosas adenopatías mediastínicas e hiliares y la punción transbronquial confirma linfadenitis granulomatosa no necrotizante epiteloide compatible con sarcoidosis. Tras retirar el fármaco y recibir 20mg de prednisona durante 15 días se constata mejoría clínica y normalización radiológica. Actualmente permanece con plasmaféresis encontrándose en remisión de la CU y recidiva de sarcoidosis. El tratamiento con antiTNF puede producir efectos adversos paradójicos. El síndrome sarcoidosis-like es excepcional en relación al tratamiento con infliximab. Su patogenia es desconocida habiéndose implicado el papel de los anticuerpos frente al fármaco. Generalmente tiene buen pronóstico, resolviéndose en un 60% de los casos tras la suspensión del fármaco o requiriendo pequeñas dosis de prednisona.

CORRESPONDENCIA: maika_1387@hotmail.com

8.

PERSISTENCIA DE LA ATROFIA DE LAS VELLOSIDADES EN LOS CELÍACOS ADULTOS

Antolín Melero B, García Rivera D, Fernández Salazar L
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN

La persistencia de la atrofia de vellosidades en los pacientes celíacos se asocia a mayor riesgo de osteoporosis e incluso de linfoma.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia con la que persiste la atrofia de las vellosidades y si ésta se asocia a alguna variable predictiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con enfermedad celíaca del adulto con biopsia de duodeno posterior al diagnóstico.

RESULTADOS

De 61 pacientes adultos se han identificado 16 pacientes de 55(17-77) años, 13 mujeres. Serología positiva en 12/16. Biopsia al diagnóstico M3A 3, M3B 4, M3C 5, M4 4. La segunda biopsia tras 30 (10-122) meses: M0 4, M1 1, M3A 4, M3B 5, M3C 2. Al comparar los 11 pacientes en los que persistió la atrofia con los 5 en los que ésta se resolvió, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, serología, grado de atrofia o clínica al diagnóstico, serología al año, ni tasa de DQ2.

CONCLUSIONES

En dos tercios de los celíacos adultos la atrofia de las vellosidades persiste a los dos años. Dada la ausencia de marcadores predictores consideramos conveniente el control de la resolución de la atrofia con biopsias.

CORRESPONDENCIA: beatriz1235@gmail.com

9.

ENTEROPATÍA NO CELIACA POR OLMESARTÁN

Perea Espiga E, Caldas Álvarez M, Lindo Ricce, Martín Domínguez V, Casals Seoane F, Santander Vaquero C
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN

El Olmesartán es un fármaco antihipertensivo que se ha relacionado recientemente con enteropatía no celiaca, habiendo pocos casos pero en número creciente en la literatura.

CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años con hipertensión arterial tratada con Olmesartán desde hace 10 meses. Presenta aumento de ritmo evacuatorio a 5 deposiciones diarias, acuosas, sin productos patológicos, asociando pérdida de peso. Acude a consulta de digestivo y se solicitan estudios básicos de diarrea crónica, resultado todos ellos negativos, así como gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos relevantes (sin biopsias). Tras 5 meses de evolución del cuadro, acude a urgencias por astenia, se evidencia TSV y alteraciones analíticas: anemia normocítica-normocrómica (Hb: 8,4 gr/dl), insuficiencia renal pre-renal. Se repite ileo-colonoscopia descartándose colitis microscópica, y gastroscopia con biopsias duodenales, donde se evidencia atrofia intestinal vellositaria sin linfocitosis intraepitelial. Ante la sospecha de enteropatía malabsortiva, se suspende olmesartán con resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

Ante el creciente número de casos de enteropatía asociada a Olmesartán, debemos considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de diarrea crónica, realizando estudios endoscópicos para descartar patologías como colitis microscópica, y gastroscopia con toma de biopsias duodenales; y considerar su suspensión en aquellos pacientes con evidencia de atrofia vellositaria, con anticuerpos anti-transglutaminasa negativos. El cuadro típico incluye diarrea, pérdida de peso y anemia normocítica-normocrómica e hipoalbuminemia. En los casos descritos la diarrea desaparece tras suspender el fármaco.

CORRESPONDENCIA: helen_mde@hotmail.com

10.

PSEUDOCELIAQUÍA POR OLMESARTÁN

Tafur Sánchez C, Ruiz Rebollo L, Jauset Alcalá C, González JM
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Describimos dos casos clínicos de pacientes que acuden por cuadros similares de diarrea crónica, y que durante estudio el resultado de biopsias duodenales es compatible con atrofia vellositaria – enfermedad celíaca. Ambos tienen el antecedente de

hipertensión y toma diaria de ARAII (Olmesartán). Tras dieta sin gluten presentan mejoría pero es tras retirada de fármaco que al repetir biopsias duodenales se normalizan. Existen descritos casos que imitan cuadro e incluso histología de enfermedad celiaca dando una "pseudoceliaquía" secundaria a toma de antagonistas de receptores de angiotensina

CORRESPONDENCIA: litafur@hotmail.com

11.

ENFERMEDAD CELIACA REFRACTARIA CON RESPUESTA A CORTICOIDES

Lindo Ricce M, Rodríguez-Batllo Arán B, Jiménez Gómez M, Pérez Gisbert J, Santander Vaquero C

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

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) refractaria es una entidad poco frecuente y que cursa con una elevada morbimortalidad. Caso clínico: Mujer de 63 años con ingreso previo por diarrea secundaria a EC (diagnóstico realizado con biopsia intestinal y serología positiva) con malnutrición grave y psicosis orgánica en el contexto, que responde a dieta sin gluten (DSG). Reingresó 3 meses más tarde por empeoramiento clínico a pesar del cumplimiento de la dieta. Se realiza serología que resulta negativa, estudio genético (HLADQ2: positivo) y enteroscopia con toma de biopsias con persistencia de la atrofia vellositaria (Marsh 3c), descartándose asimismo otras causas de malabsorción. Durante este ingreso presentó distress respiratorio grave que precisó corticoides, tras lo cual se constató excelente respuesta clínica digestiva y respiratoria.

DISCUSIÓN

Ante un caso de EC refractaria, el abordaje inicial pasa por evaluar el cumplimiento de la DSG, así como excluir otras enfermedades asociadas que condicionen una persistencia de la clínica. En este caso, y una vez descartadas estas causas, la respuesta a corticoides apoyó el diagnóstico de EC refractaria.

CORRESPONDENCIA: mayral86r@gmail.com

COMUNICACIONES PÓSTER ENDOSCOPIA

1.

MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN PÓLIPOS PLANOS DE GRAN TAMAÑO. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TÉCNICA EN NUESTRO CENTRO.

Álvarez Delgado A, Mora Soler A, Revilla Morato C, Pérez Corte D, Piñero Pérez Mc, Rodríguez Pérez A
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SALAMANCA (IBSAL).

INTRODUCCIÓN

Los pólipos de colon sésiles y/o planos de gran tamaño (mayores de 30 mms) son un desafío endoscópico, tanto para predecir

la existencia de malignidad y/o invasión submucosa, como para su reseccabilidad. La resección endoscópica mucosa (REM) es una técnica útil y aceptada para este tipo de lesiones.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de la REM en los pólipos de gran tamaño en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

De forma prospectiva desde enero 2015 a junio 2015 se incluyeron 13 pacientes (6 hombres y 7 mujeres, edad media 73 años). Se realizaron 15 resecciones, dos pólipos sésiles (Is) y 13 planos (la mayoría IIa o IIa + Is). Tamaño medio de las lesiones 43 mms (30-60 mms). La localización más frecuente de las lesiones fue sigma (40%), colon derecho-ciego (40%). La principal indicación para la realización de la colonoscopia fue la rectorragia. Se usaron endoscopios de alta definición Olympus 190 HQ con NBI para determinar reseccabilidad.

RESULTADOS

Se consiguió la resección completa en todos los pacientes (REM en fragmentos 100%), en el 50% de los casos se trató con Argón los bordes de la resección. Dos complicaciones (13%) ambas por hemorragia que se resolvieron por vía endoscópica. La histología de las lesiones; adenoma tubular o túbulo-veloso (40%), adenoma túbulo-veloso con displasia de alto grado (20%), adenocarcinoma intramucoso (26,6%), adenocarcinoma pT1 (submucosa, 13,3%). En el seguimiento se han realizado endoscopia a los 3 meses en 6 pacientes (tejido residual o recurrencia 20%).

CONCLUSIONES

La seguridad y eficacia de la REM para pólipos de gran tamaño es alta en nuestra serie, aunque se requiere mayor número de casos y un seguimiento de todas las resecciones. La REM es una técnica compleja no exenta de complicaciones que requiere una curva de aprendizaje.

CORRESPONDENCIA: albertoalvdel@yahoo.com

2.

DIVERTÍCULOTOMÍA ENDOSCÓPICA UTILIZANDO LIGASURE™

Moreira da Silva, BA; Pérez Citores, L; Germade, A; De Jesús Geneux, K; Castillo, R; Maestro Antolín, S; Santos, F; Igea Arisqueta, F; Pérez Millán, A; Saracibar, E; Santamaría, A; Madrigal, RE; Barcenilla, J; García, I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del divertículo de Zenker puede ser quirúrgico, a través de miotomía del músculo cricofaríngeo asociado a diverticulotomía o diverticulopexia. Sin embargo, con el desarrollo de procedimientos mínimamente invasivos, se inició su tratamiento a través de la endoscopia flexible, siendo hoy considerada una técnica viable, efectiva y segura. Además, la utilización de la técnica sellado-sección mediante Ligasure™ proporciona una adecuada y rápida disección del tejido logrando, a la vez, una hemostasia eficiente.

OBJETIVOS

Verificar la eficacia, las complicaciones y necesidad de cirugía, del tratamiento del divertículo de Zenker, realizándose la disección del septo a través de la técnica de sellado-sección mediante Ligasure™.

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre 2009 y 2015, se diagnosticaron mediante gastroscopia y/o esofagograma, 8 pacientes con divertículo de Zenker, procediéndose posteriormente a la diverticulotomía endoscópica. Los pacientes acudieron en ayunas de al menos 6 horas y se administró una dosis de antibiótico aproximadamente 30 minutos antes de la prueba. Durante el procedimiento, se utilizó sedación profunda mediante la administración intravenosa de propofol, sin necesidad de anestesiista; a continuación, se introdujo el diverticuloscopio y se realizó la disección del septo utilizando Ligasure™ en todos los pacientes. Posteriormente, los pacientes permanecieron en observación durante 24 horas, iniciándose la tolerancia oral después de 6 horas de ayuno, salvo complicaciones.

RESULTADOS

Se trataron 8 pacientes, 5 mujeres y 3 hombres, con edad media de 78 ± 15 años. El 25% presentaban ASA I, 36% ASA II, 14% ASA III y 25% ASA IV. Todos presentaban como síntoma principal la disfagia. El tamaño de los divertículos varió entre 1 a 7 cm. El éxito técnico (disección del septo del divertículo) fue de 100%, no presentando ninguna complicación inmediata, reingresando 1 paciente, pasado unos 6 días, por HDA, sin repercusión hemodinámica ni necesidad de intervención endoscópica terapéutica. La estancia media fue de 24h. Síntomas: 7 pacientes, en los seguimientos realizados por consultas externas, se encuentran asintomáticos, mientras que 1 paciente presentó mejoría clínica parcial, necesitando nueva diverticulotomía. Ningún paciente precisó intervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del divertículo de Zenker mediante diverticulotomía endoscópica con Ligasure™ proporciona una mayor eficacia, rapidez y seguridad, en comparación con la cirugía abierta y con otras técnicas endoscópicas, como la sección del septo con aguja de diatermia, tanto en pacientes de bajo o alto riesgo quirúrgico, por lo que podría plantearse como primera elección de tratamiento.

CORRESPONDENCIA: brunomoreirasilva@gmail.com

3.

FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN COLÓNICA

Berroa de la Rosa E, Ruiz Rebollo ML, Fernández Salazar L, González Sagrado M*, Tafur Sánchez C, Mora Cuadrado N, Antolín Melero B y González Hernández JM

SERVICIOS DE APARATO DIGESTIVO HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID Y UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. HOSPITAL RÍO HORTEGA VALLADOLID*

INTRODUCCIÓN

Una adecuada preparación colónica es de capital importancia para garantizar que la colonoscopia sea eficaz y al mismo tiempo coste-efectiva. Así mismo está estrechamente relacionada con la tasa de intubación cecal y detección de adenomas. Se han identificado diversos factores asociados a una preparación colónica inadecuada.

OBJETIVOS

Identificar en una cohorte de pacientes qué factores podrían estar relacionados con una preparación colónica subóptima.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde junio hasta octubre de 2014 valoramos la preparación colónica de los pacientes que acudían a nuestra unidad de forma ambulatoria para realización de una colonoscopia. Se apuntó el servicio de procedencia, la hora de realización de la prueba (primera hora de la mañana 8:50-11 y segunda hora 12:00-14:00). Se les interrogó sobre la dieta ingerida las 48 y 24 horas antes de la exploración; se anotó el purgante utilizado y la forma de tomarlo; se preguntó si el médico/ATS les había dado explicaciones, y si sufrían de diabetes. La calidad de la preparación colónica fue evaluada mediante la escala de Harefield. Las exploraciones endoscópicas se realizaron de la forma habitual en nuestra unidad, con endoscopios Olympus Evis Exera II-III y con sedación consciente (midazolam+petidina).

RESULTADOS

Analizamos un total de 169 pacientes, 95 mujeres (56,2%) y 74 varones (43,8%), edad media de $61,02 \pm 14,7$. Un 88% de los pacientes habían realizado una dieta correcta en las 48 y 24 horas previas a la exploración, el 11,2% (19 pacientes) hicieron mal ambas. Casi el 70% habían recibido explicaciones por parte del personal sanitario. 151 pacientes (89,3%) utilizaron como purgante la Solución Bohm frente a 18 (10,7%) que utilizaron Fosfosoda, el 84,6% (143) de ellos hicieron "splitdose". Al hacer una tabla de contingencia se observó que los pacientes que realizaron "splitdose" presentaban mayor calidad en la preparación con significación estadística ($p < 0,005$). La calidad de la preparación fue en general buena 88,2% Harefield A-B. También se objetivó que aquellos pacientes que presentaban mayor calidad de la preparación procedían del servicio de digestivo 55,8% ($p = 0,08$), se les había realizado la exploración a primera hora de la mañana ($p = 0,080$), no eran diabéticos 84,1% ($p = 0,031$) (Harefield A-B) y habían recibido explicación de parte del personal sanitario 71,7% (Harefield A), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

1.- Comprobamos que los pacientes remitidos desde nuestro propio Servicio de Digestivo presentaban una mejor preparación colónica. 2.- Una mejor calidad de la limpieza colónica estaba en relación con la toma fraccionada del preparado (splitdose $P < 0,005$) y la realización de la prueba a primera hora de la mañana. 3.- Existe una tendencia a presentar mayor calidad en la preparación los pacientes que han recibido explicación por parte del personal sanitario.

CORRESPONDENCIA: dra.edelberroa@hotmail.com

4.

¿PODRÍA TENER UTILIDAD LA ECOENDOSCOPIA (USE) EN PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS (TNE)?

Rodríguez Toboso, Gabriel¹, Vicente Gutierrez MM¹, Martínez López MM¹, Martínez Rodenas P¹, Ramón Ruiz MI¹, Calzada Delgado I¹, Moreno Planas JM¹; Pérez Flores R¹, Rodríguez Toboso J¹, Garrido Martínez M², Villena Moreno KM¹, Montealegre Barrejón M², Vargas Travagliani M¹, García Ángel RD¹, Legaz Huidobro ML³

¹ HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE. ALBACETE.

² HOSPITAL GENERAL DE VILLAROBLEDO. ALBACETE.

³ HOSPITAL GENERAL ALCAZAR DE SAN JUAN. CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

No hay mucha literatura sobre el valor pronóstico de la USE.

OBJETIVO

Analizar asociación entre la USE y la Anatomía Patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Introducimos a los 30 pacientes diagnosticados de TNE de páncreas en nuestro centro y estudiamos la asociación entre los hallazgos de USE con el ki67 (>10%mal pronóstico).

RESULTADOS

El 91% sin calcificaciones tiene ki67<10%, presentándolo sólo un 33% con calcificaciones (p0.99). El 100% de los TNE< 2cm tenía ki67 <10%,presentando este índice el 71% de los >2cm (p0.97).El 100% de los que no tenían adenopatías presentaba ki67 <10% frente al 60% de los que sí tenían (p0.99). El 91% sin afectación vascular mostraba ki67<10%, en contraposición al 50% con afectación vascular (p0.97). El 94% de los redondeados y el 70% con otras formas tenían ki67<10% (p 0.92).

CONCLUSIONES

La ausencia de calcificaciones,adenopatías y afectación vascular, tamaño < 2cm y redondeados se asocian a ki67 < 10%(buen pronóstico). La USE podría tener significado pronóstico

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezoboso@hotmail.com

5.

UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS

Marcos Prieto HM, Jiménez Jurado A, Piñero Pérez C, Prieto Bermejo AB, Sánchez Garrido A, Jamanca Poma Y, Mora Soler A, Pérez Corte D, Revilla Morato C, Calabuig Mazzola VK, García Prada M, González-Cotruel G, González A, Rodríguez Pérez A

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

INTRODUCCIÓN

Un alto porcentaje de tumores neuroendocrinos (NET) se localizan en el intestino delgado. En los pacientes con NET metastásico es importante identificar la localización del tumor primario de cara al tratamiento.

OBJETIVOS

Evaluar el beneficio de la cápsula endoscópica (VCE) para la identificación de NET primarios de intestino delgado cuando las pruebas diagnósticas no identifican el origen de la enfermedad a distancia

MÉTODOS

Análisis retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de metastásis hepáticas de NET cuyo tumor primario no fue evidenciado con técnicas radiológicas ni endoscópicas a los que se realizó VCE para filiarlo.

RESULTADOS

Se analizaron distintas variables. Se encontraron hallazgos sugerentes de NET en intestino delgado mediante VCE en 2 de los 5 pacientes de la muestra sin haberse observado lesión previa en endoscopia.

CONCLUSIONES

En pacientes con NET metastásicos, la localización del tumor primario es difícil. Este estudio apoya el uso de VCE para el di

CORRESPONDENCIA: h.mp@hotmail.es

6.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA COLANGIOGRAFÍA PANCREÁTICA RETROGRADA ENDOSCÓPICA

Calzada Delgado I, Ramón Ruiz MI, Moreno Planas JM, Rodríguez Toboso G, Martínez Rodenas P, Fernández de Cañete Camacho JC, Garrido Martínez M, Villena Moreno K, Pérez Flores R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE

OBJETIVO

Describir las complicaciones postCPRE en un grupo de pacientes (n=193) sometidos a dicha intervención en el periodo comprendido entre Enero 2005-Diciembre 2013, en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital General de Albacete.

RESULTADOS

Del total, la CPRE siendo resolutive en el 73.1%, en el 26.9% restante no lo fue debido principalmente a fallo en la canulación de la vía biliar o a la extracción incompleta de litiasis. Las complicaciones se describieron en menos del 7% de los casos. Las principales complicaciones citadas por orden de frecuencia fueron la hemorragia digestiva alta (14%), todas ellas de carácter leve, y la pancreatitis aguda (8.3%), con un porcentaje discretamente mayor de pacientes que cumplieron criterios de gravedad frente a los que no lo hicieron. Otras complicaciones menos frecuentes, presentes cada una de ellas en sólo un 2.8%, fueron: desaturación durante la intervención, perforación duodenal y perforación de la vía biliar

CONCLUSIONES

El riesgo de complicaciones postCPRE es bajo, siendo la mayoría de ellas leve, tratándose de una técnica muy resolutive en el manejo de la colangitis.

CORRESPONDENCIA: i.calzada.delgado@gmail.com

7.

ECOENDOSCOPIA Y PAAF EN EL ESTUDIO DE LAS LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS

Ramón Ruiz MI, Martínez Rodenas P, Martínez López N, Vicente Gutierrez M, Rodriguez Toboso G, Calzada Delgado I, Fernández de Cañete Camacho JC, Moreno Planas JM, Villena Moreno K, Garrido Martínez M, Pérez Flores R
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALBACETE

OBJETIVO

Estudio descriptivo de pacientes con quistes pancreáticos sometidos a USE-PAAF.

RESULTADOS

117 pacientes. 57% eran mujeres, edad media 67 años. El 75% estaban asintomáticos. Ecoendoscópicamente, el 83% eran lesiones únicas, en cabeza (46%) y cuerpo (27%). Tamaño medio entre 1 y 3 cm. En 60 casos había comunicación con el conducto pancreático. En el 55% se confirmó el diagnóstico histológico de TPMI por PAAF y, 8 de estos pacientes fueron operados, cuya pieza quirúrgica se correlacionó en un 75% con el resultado de la PAAF. El resto de los casos con diagnóstico ecográfico de TPMI, no confirmado

por PAAF, los resultados fueron: cistoadenoma (n=1), carcinoma (n=1), lesión epitelial quística (n=8) y el resto, inespecífica. El estudio del CEA y amilasa en el líquido mostró resultados dispersos, sin poder establecer relación histológica. Un paciente presentó sangrado como complicación. Se describieron 9 exitus (5 por causas ajenas a la estudiada).

CONCLUSIONES

El diagnóstico ecográfico se correlacionó en un 66% con el resultado histológico por PAAF. La determinación de marcadores bioquímicos en el líquido no fueron útiles para el diagnóstico.

CORRESPONDENCIA: isabelramonruiz@hotmail.com

8.

ESTENOSIS ESOFÁGICA POR CÁUS- TICOS REFRACTARIA A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

López-Salazar TR, Chavarría CM, Burgos D, Moreno JA,
Mendoza J, Santander C.

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

Se presenta el caso de un varón de 60 años que tras la ingesta accidental de ácido clorhídrico desarrolla, tres semanas más tarde, dos estenosis esofágicas: la más crítica inmediatamente distal a la boca de Killian y la segunda en tercio esofágico distal. Se diagnosticaron mediante técnicas de imagen, ya que la estenosis proximal impedía el paso del endoscopio. En un periodo de 3 meses se llevaron a cabo un total de 9 sesiones de dilatación endoscópica con balón hidrostático bajo control radiológico, comenzando a 8 mm hasta 11,5 mm. Con el tratamiento endoscópico se logró leve mejoría transitoria de la disfagia, siendo necesario mantener la nutrición complementaria mediante sonda de gastrostomía. En la última endoscopia se identificó una nueva recurrencia de la estenosis cervical. Ante el fracaso del tratamiento endoscópico, y tras desestimar la colocación de prótesis esofágica debido a la localización cervical alta, se remitió al paciente al servicio de Cirugía General.

CORRESPONDENCIA: lopezsalazardigestivo@gmail.com

9.

DETECCIÓN DE PÓLIPOS SERRADOS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO

Hernández L, Vasquez Seoane M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL SANTOS REYES, ARANDA DE DUERO.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos serrados son la posible causa de un 20-30% de los CCR. Su detección, extirpación y seguimiento suponen un reto para los endoscopistas.

OBJETIVOS

Valorar la detección de pólipos serrados en pacientes asintomáticos entre 50 y 70 años con SOH positiva dentro de un programa de cribado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Incluimos todos los pacientes con colonoscopia dentro del programa de cribado.

RESULTADOS

Se realizaron 119 colonoscopias viéndose 22 pólipos serrados sé-siles (PSS) en 15 pacientes (12,71%), 14 proximales y un total de 118 pólipos hiperplásicos (PH) en 60 pacientes (50,85%), 56 proximales. Viendo algún pólipo serrado proximal (PSP) en 41 pacientes (34,45%). El 14,67% de los hombres presentó PSS frente al 9,3% de las mujeres. No había diferencias entre sexos en cuanto al número de PH. El 38,6% de los hombres y el 27,91% de las mujeres presentaron algún PSP. Tan sólo 6 de ellos fueron ≥ 1 cm. El consumo de tabaco se asoció a la presencia de pólipos serrados.

CORRESPONDENCIA: luishernandezvillalba@gmail.com

10.

RELEVANCIA DEL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO TRAS PRESENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL

Monteserín Ron L, Álvarez Cuenllas B, Jiménez Palacios M,
Díez Rodríguez R, Joao Matías D, Fernández Fernández N,
Molina Arriero G, Reyes Campos N, Vivas Alegre S, Jorquera Plaza F
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

INTRODUCCIÓN

Un 2-5 % de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) tienen una lesión sincrónica y el 1,5-3% de los pacientes desarrollan lesiones metacrónicas en los 3-5 años después de la intervención.

OBJETIVO

Analizar los hallazgos encontrados en la colonoscopia, en pacientes en seguimiento por antecedentes personales de CCR, en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron de manera prospectiva la colonoscopias realizadas en el complejo asistencial de León desde Marzo 2012 hasta Julio de 2013 en paciente en seguimiento por antecedentes personales de CCR. Se excluyeron aquellos pacientes con EII y con antecedentes de CCR familiar polipósico o Sd de Lynch. Los datos se obtuvieron de un cuestionario que el paciente cumplimentó previa a la realización de la endoscopia y de la base de datos de endoscopias. Se realizó un análisis descriptivo en el grupo general y específicamente en aquellos pacientes que se realizaban su primera revisión.

CORRESPONDENCIA: luz_mr8@hotmail.com

11.

¿ES NECESARIO UNA COLONOSCOPIA DE SEGUIMIENTO AL AÑO EN EL GRUPO DE PACIENTES CON ADENOMAS DE ALTO RIESGO TRAS UNA COLONOSCOPIA DE CALIDAD EN EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CCR?

Alonso Martín C, Terán Lantaron A, Álvarez S, Ruiz P,
González M, Olmos JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)

El intervalo de seguimiento postpolipectomía tiene una evidencia limitada. La guía Europea (2010) propone una primera re-

visión al año, lo que repercute directamente en el paciente y en el sistema sanitario.

OBJETIVO

Determinar la relevancia endoscópica y clínica de los hallazgos de la PCS al año del diagnóstico en sujetos con AAR, dentro de un Programa de Cribado Poblacional del CCR (PCPDC) tras SOH-i positiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de las colonoscopias del PCPDC realizadas entre Abril-2011 y Junio-2014 y su posible relación con los hallazgos en la PCS.

RESULTADOS

Se identificaron 192 sujetos con AAR (13,8% del total), 156 varones (81,3%), con una media de 1,31 colonoscopias iniciales. Se dispone del resultado de la PCS al año en 160 (83,3%): se encontraron adenomas en 95 sujetos (59,4%), de los cuáles 3 (3,2%) eran remanentes de lesiones previas. Sólo en 15 sujetos (9,4%) se hallaron adenomas avanzados (AA) y no se encontró ningún caso de CI tras la PCS.

CONCLUSIONES

La escasa incidencia de AA y nula de CI en la PCS al año en nuestra serie apoya la idea de no necesitar un control endoscópico tan precoz si se asegura una colonoscopia inicial de calidad.

CORRESPONDENCIA: maika_1387@hotmail.com

12.

PÓLIPOS COLÓNICOS SECUNDARIOS A GAS INTESTINAL SUBMUCOSO

Jiménez M, Monteserín L, Fernández N, Joao D, Álvarez-Cuenllas B, Vaquero L, Vivas S, Jorquera F

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE)

INTRODUCCIÓN

Los pólipos son lesiones que frecuentemente se observan en las colonoscopias. Pueden ser adenomatosos, hiperplásicos, juveniles, inflamatorios... La neumatosis intestinal se caracteriza por la presencia de gas dentro de la pared del intestino delgado o del colon y puede simular una lesión polipoidea. Describimos el caso de una mujer con molestias abdominales y lesión polipoidea en colon secundaria finalmente a una neumatosis quística intestinal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años que consulta por estreñimiento de meses de evolución acompañado de molestias abdominales difusas, sin síndrome general ni otra clínica acompañante. Analíticamente presenta ferropenia sin anemia, estando el resto de las determinaciones dentro de los parámetros normales. En la colonoscopia se visualiza una lesión polipoidea, pálida y plana de unos 10 cm a nivel de colon transverso y dos pólipos planos de aproximadamente 1 cm en colon derecho, que al biopsiar se observa salida de gas. El resultado anatomopatológico es informado de presencia de formaciones quísticas en la submucosa que con frecuencia muestran revestimiento parcial por células de hábito histiocitario y células gigantes multinucleadas, compatible con neumatosis quística intestinal. La TC abdominal, realizado posteriormente, no detecta alteraciones patológicas. Posteriormente la paciente recibió tratamiento con Metronidazol durante 4 semanas, presentando mejoría de las molestias abdominales referidas.

DISCUSIÓN

La neumatosis intestinal se define como la presencia de gas dentro de la pared del intestino delgado o del colon. Su patogenia no está aclarada y posiblemente sea multifactorial, destacando las teorías bioquímica, mecánica e infecciosa. Se trata de una entidad benigna y en la mayoría de los casos es hallazgo accidental en las pruebas diagnósticas, manteniéndose el paciente asintomático, pero en ocasiones puede ser una enfermedad grave y potencialmente mortal, a través del desarrollo de complicaciones como obstrucción o perforación. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, primero radiología simple y posteriormente la TC, que es la prueba más sensible. La endoscopia no es la principal prueba en el algoritmo diagnóstico, sin embargo pueden observarse lesiones polipoideas similares a las de nuestra paciente, que obligan a realizar un diagnóstico diferencial con otros tipos de pólipos. En el caso de la neumatosis quística intestinal puede ayudar al diagnóstico diferencial el desinflado de la lesión con vaciado de aire en la toma de biopsias o extirpación de la lesión. El tratamiento va a depender, fundamentalmente, de la gravedad del curso clínico y la sintomatología del paciente, no siendo descabellada la actitud expectante en los pacientes asintomáticos. En caso de presentar signos de gravedad (como amilasa elevada, acidosis metabólica o presencia de gas portal), severidad clínica (abdomen agudo), complicaciones derivadas o refractariedad a otros tratamientos, el manejo de entrada es quirúrgico. Cuando el paciente presenta sintomatología leve y tolerable es preferible comenzar con tratamiento antibiótico (metronidazol, ampicilina, tetraciclina o vancomicina), como en nuestra paciente, junto con nutrición elemental. En los casos intermedios se puede asociar el aporte de O₂, a través de oxigenoterapia o cámara hiperbárica, por tratarse de un tóxico para los microorganismos anaerobios. En los pacientes de alto riesgo quirúrgico con síntomas obstructivos la escleroterapia endoscópica puede ser una alternativa.

CORRESPONDENCIA: marcosjimenezpalacios@gmail.com

13.

INDICACIONES Y HALLAZGOS EN LAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

Jiménez M¹, Álvarez-Cuenllas B¹, Monteserín L¹, Díez R², Fernández N¹, Joao D¹, Vivas S¹, Jorquera F¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE). ²HOSPITAL DE EL BIERZO.

INTRODUCCIÓN

La edad avanzada puede constituir una limitación para la realización de una colonoscopia por los riesgos asociados de la exploración y porque su rendimiento puede ser bajo especialmente en programas de seguimiento o cribado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las endoscopias de pacientes ambulatorios realizadas (n=2793) en un centro de tercer nivel desde Marzo 2012 hasta Julio de 2013. Se incluyeron solamente los pacientes mayores de 80 años. Durante el tiempo de recogida de datos el área de población no estaba sometida a un programa de cribado de CCR. Se analizó el grupo global de pacientes mayores de 80 años y el subgrupo de pacientes que acudía por primera vez a realizar la colonoscopia.

RESULTADOS

Se incluyeron 286 exploraciones, 59 (20,6%) pacientes tenían entre 85 y 90 años y 7 (2,4%) pacientes más de 90 años. Para 123 (43%) pacientes fue su primera colonoscopia, 102 (35%) se habían realizado 1 ó 2 exploraciones previas, 45 (15,7%) entre 3 y 5, y 16 pacientes más de 5 exploraciones (5,6%). Se encontraron 22 pacientes con CCR, constituyendo el 25 % (22/86) de los tumores en la serie (n=2793), de los cuales 36,4% (8/22) se realizó la colonoscopia por rectorragia y 27,8% (6/22) por anemia o ferropenia. En la serie se encontraron adenomas de alto riesgo en 243 exploraciones, siendo dentro del subgrupo de pacientes mayores de 80 años el 21% de ellos. Conclusiones: La principal indicación de colonoscopia en los pacientes mayores de 80 años es el seguimiento de pólipos o el antecedente personal de CCR. Todas las neoplasias encontradas en este grupo poblacional fueron en pacientes sin exploraciones endoscópicas bajas previas.

CORRESPONDENCIA: marcosjimenezpalacios@gmail.com

14.**UTILIDAD DEL MOTIVO DE SOLICITUD DE LA COLONOSCOPIA COMO MARCADOR DE RIESGO PARA HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Jiménez M¹, Álvarez-Cuenllas B¹, Monteserín L¹, Díez R², Joao D¹, Fernández N¹, Vivas S¹, Jorquera F¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE). ²HOSPITAL DE EL BIERZO

INTRODUCCIÓN

En un sistema de recursos limitados, encontrar marcadores de riesgo de patología puede ser útil para priorizar la lista de espera de colonoscopia.

OBJETIVOS

Analizar el riesgo de presentar lesiones neoplásicas y/o preneoplásicas en función del motivo de solicitud de la exploración endoscópica baja, en pacientes que acuden a realizarse su primera colonoscopia.

MÉTODOS

Se analizaron las endoscopias realizadas (n=2793) en un centro de tercer nivel desde Marzo 2012 hasta Julio de 2013. Se incluyeron en análisis solo los pacientes que se realizaban su primera colonoscopia. Se analizó un análisis univariante y multivariante (regresión por pasos hacia delante) para estudiar si el motivo de la exploración (anemia/ferropenia, rectorragia, alteración del hábito intestinal, dolor abdominal, antecedentes familiares de CCR) se relacionaba con la patología encontrada en la exploración (CCR, adenoma de alto riesgo o pólipos de manera global), incluyendo otras variables como la edad y el sexo.

RESULTADOS

Se incluyeron 1380 pacientes siendo la edad media de 57,74 (15,27) años y el 47,8% varones. El 97,1% fueron completas (1340/1380). En el grupo de pacientes con AF, el 90% (301/335) tenían al menos un familiar de primer grado y el familiar afecto era menor de 60 años en 18,5% (62/335). En la tabla 1 se observa la relación entre la patología encontrada y el motivo de indicación de la colonoscopia.

CONCLUSIÓN

La solicitud por anemia y rectorragia tienen un valor predictivo independiente de CCR en la colonoscopia. La edad se comporta también como factor predictivo tanto de lesiones neoplásicas como preneoplásicas junto con el sexo varón para esta última. La priorización de las solicitudes de endoscopia por motivo de solicitud de la misma puede ser útil en la gestión de lista de espera.

CORRESPONDENCIA: marcosjimenezpalacios@gmail.com

15.**PRECISIÓN ECOENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.**

Loza Vargas M, Cimavilla Román M, Benito Sanz M, Amo Alonso R, De la Serna Higuera C, Madrigal Rubiales B, Benito C, Sanchez Antolín G.

HOSPITAL RÍO HORTEGA VALLADOLID

El adenocarcinoma gástrico (ADCG) es la quinta causa de muerte por cáncer en España. Se aconseja el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante en aquellos pacientes en estadio T3/T4 por beneficio en la supervivencia. Es controvertido el papel de la ecoendoscopia(USE) en el estadiaje prequirúrgico.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad y la eficiencia de la USE convencional(10 MHz) en el estadiaje del ADCG en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de ADCG en nuestro Centro desde 2011 hasta 2015 en los que el estadiaje incluyó TAC y USE preoperatoria. Se estudio la correlación del estadiaje de USE con el resultado histológico.

RESULTADOS

Se intervino a 69 pacientes de los cuales 4 paciente fueron excluidos por recibir neoadyuvancia y 8 por laparotomía sin resección. De los 57 pacientes restantes, 37 fueron evaluados con USE preoperatoria. La edad media de la serie fue de 69,7+11,7. El 66,67% fueron varones y el 33,33% fueron mujeres. La USE clasificó correctamente a 22 (68,75%) de los pacientes en estadios avanzados (T3-T4), frente a tan solo 5 (33,33%) de los pacientes en estadios precoces (T1-T2). La sensibilidad fue de 81,48% y de 64,67% respectivamente. El VPP 88% y VPN en el grupo T3-T4 fue 50%. La correlación USE con histología para adenopatías (N) solo existió en el 22,28% de los pacientes. En 6 pacientes la USE modificó la actitud terapéutica.

CONCLUSIONES

La USE es una técnica muy útil para estadiar pacientes diagnosticados de ADCG en estadios avanzados, siendo menor su sensibilidad para estadios precoces. La utilidad de la USE en la detección de adenopatías es limitada pero en un % de pacientes significativo su uso puede cambiar la actitud terapéutica

CORRESPONDENCIA: martacimavilla@gmail.com

16.

ASPECTO ENDOSCÓPICO DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO Y LA EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Mora Cuadrado N, Fernández Salazar L, Alcaide Suárez N, Aller de la Fuente R, del Olmo Martínez L, García Sánchez MC, Gómez de la Cuesta S, González Redondo G, Lorenzo Pelayo S, Macho Conesa A, Ruiz Rebollo L, Velayos Jiménez B, González Hernández JM.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La actitud del endoscopista es clave en el diagnóstico de la enfermedad celíaca. Pretendemos estudiar el valor diagnóstico del aspecto duodenal en cuanto a la predicción de atrofia de vellosidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se proyectaron, en una sesión clínica con la asistencia de 10 endoscopistas (5 con menos de 10 años y 5 con más de 10 años de experiencia), 36 imágenes de la segunda porción de duodeno que correspondían a endoscopias, realizadas a 36 pacientes de forma consecutiva. En todas ellas se había tomado biopsias de duodeno pero solo en dos se confirmó atrofia de las vellosidades. Cada imagen se proyectó durante 20". Los asistentes debían indicar con "sí" o "no" a las siguientes preguntas: "¿pensaría que padece una enfermedad celíaca y tomaría biopsias?, ¿tiene una mucosa con patrón en mosaico?, ¿tiene pliegues festoneados?, ¿hay disminución o pérdida de pliegues?". La única información clínica adicional que se dio era la edad y sexo de los pacientes. No se informaba de la indicación de la endoscopia, ni de si cada paciente contaba o no con serología de enfermedad celíaca. Se ha medido la correlación interobservador para las cuatro preguntas mediante el índice alfa de Cronbach, y la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de cada médico para el diagnóstico de atrofia de vellosidades. Los valores se expresan en mediana y rango y se comparan con U de Mann Whitney.

RESULTADOS

La concordancia interobservador para la sospecha de atrofia de vellosidades fue 0,723. La concordancia para el patrón en mosaico 0,781, para los pliegues festoneados 0,408 y para la disminución de pliegues 0,860. Los valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN globales medios fueron 100 (50-100), 85 (70-96), 29 (16-66), 100 (97-100). No hubo diferencias en cuanto al tiempo de experiencia: S 100 (50-100) vs 100 (50-100), E 82,4 (76-94) vs 88 (70-97), VPP 25 (20-40) vs 33 (16-66), VPN 100 (97-100) vs 100 (97-100) p NS.

CONCLUSIONES

La sensibilización del endoscopista en el momento de explorar el duodeno es de suma importancia en el diagnóstico de la EC. Según los resultados y dado el VPN se podría ahorrar gran número de biopsias de duodeno si el endoscopista considera que no hay atrofia de vellosidades.

CORRESPONDENCIA: nalia.mora@gmail.com

17.

INDICACIONES, DETALLES TÉCNICOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

Pérez Corte D¹, Zhilina S², Benito López VE³,
Rodríguez Pérez MP³, Rodríguez Pérez A¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
³SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, HOSPITAL CLÍNICO, SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica diagnóstica y terapéutica invasiva, con complicaciones asociadas potencialmente graves.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las CPRE realizadas en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca entre Septiembre y Diciembre de 2013. Se analizaron indicaciones, detalles técnicos del procedimiento, y evolución clínica posterior.

RESULTADOS

Un total de 135 pacientes, 72 mujeres (53,3%) y 63 varones (46,7%). La indicación más frecuente fue coledocolitiasis (30%), seguida de colangitis aguda (20%) y sospecha de coledocolitiasis (14%). En cuanto a los detalles técnicos del procedimiento, se consiguió canalización en 123 pacientes (91%), con precorte en 11 de ellos (8%) y dilatación en 5 (3,7%). En 20 pacientes (15%) se evidenció colangiografía normal, extrayéndose cálculos en 55 pacientes (42%), y colocándose prótesis en 47 pacientes (35%). Las complicaciones más relevantes fueron: 2 pacientes (1,5%) presentaron hemorragia digestiva alta; 5 pacientes (3,7%) presentaron pancreatitis aguda leve; 4 pacientes (3%) sufrieron perforación. De los 5 pacientes que presentaron fiebre o bacteriemia después del procedimiento, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Enterococcus faecium* y *faecalis*. Todos los aislamientos fueron posteriores a intervenciones quirúrgicas. Fallecieron 2 pacientes (1,5%), ambos tras perforación.

CONCLUSIONES

La CPRE en Salamanca ha mostrado ser una técnica eficaz y segura, con una tasa de complicaciones comparable a la descrita en la literatura. Conviene optimizar las indicaciones, dada la morbimortalidad asociada. En nuestra serie no hemos encontrado relación entre la aparición de complicaciones y motivo de indicación, edad o sexo, probablemente debido al escaso número de casos.

18.

HIDATIDOSIS HEPÁTICA CON AFECTACIÓN DE LA VÍA BILIAR: UTILIDAD DE LA CPRE

Busto Bea V, de la Serna C, Fernandez Santos J, Peñas Herrero I, Loza Vargas AL, Torres Yuste R, Sánchez-Ocaña R, Cimavilla M, Amo Alonso R, Pérez-Miranda M

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

La hidatidosis hepática (HH) es en la actualidad una entidad muy poco frecuente, pero en una zona tradicionalmente endémica

como es España todavía se diagnostica. En los casos con sospecha de afectación de la vía biliar la evaluación endoscópica mediante CPRE es de gran utilidad. Presentamos el caso de un varón de 39 años, residente en medio rural, oligofrénico. Ingresó por cuadro de 1 mes de evolución de dolor abdominal difuso, fiebre de hasta 39°C e ictericia y coluria intermitentes. Presenta dolor a la palpación de hemiabdomen superior y hepatomegalia. Análiticamente, destaca alteración del perfil hepático (BT 3.02, GOT 167, GPT 264.6, GGT 1274, FA 499), leucocitosis de 11.000/ μ l y PCR de 151. La ecografía abdominal muestra gran LOE quística multivesicular en segmento IV que comprime la vía biliar y los vasos intrahepáticos, sugestiva de quiste hidatídico. La serología de hidatidosis es positiva. Se inicia antibioterapia con Tazocel y se solicitan TC y CPRE. La TC muestra LOE quística en lóbulo hepático izquierdo de 20x9cm con gas en su interior, sugestivo de sobreinfección bacteriana. En la colangiografía se observa una vía biliar extrahepática dilatada con defectos de repleción amorfos y una colección intrahepática comunicada con la vía biliar. Se efectúa esfinterotomía, lavado con suero fisiológico de la vía biliar y drenaje de la colección con dos prótesis plásticas (pig-tail 7F-30cm y recta 10F-15cm), recuperando contenido purulento. Una vez resuelta la infección se interviene al paciente, realizando quistoperiquistectomía total y cierre de las fístulas biliares. Conclusiones: previamente al tratamiento quirúrgico de la HH es preciso valorar cuidadosamente la vía biliar para investigar la posibilidad de comunicación con el quiste y, en caso necesario, proceder a su drenaje; en este contexto la CPRE es una técnica endoscópica de gran utilidad tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica.

CORRESPONDENCIA: victoriabusto@live.com

19.

EL VALOR DE SANGRE OCULTA EN HECES PUEDE PREDECIR LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

Piñero Pérez C, Mora Soler AM, Álvarez Delgado A, Jiménez Jurado A, Pérez Corte D, Revilla Morato C, Marcos Prieto HM, Calabug Mazzola VK, Gonzalez-Cotruello González A, García Prada M, Rodríguez Pérez A
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA SALAMANCA (IBSAL)

INTRODUCCIÓN

La sangre oculta en heces (SOH) es aceptada para los programas de cribado, cuyo objetivo es la reducción de la incidencia y mortalidad mediante el diagnóstico de la enfermedad en las fases más precoces.

OBJETIVO

Describir los niveles de SOH de los pacientes procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (PDCCR) y relacionar sus valores con los hallazgos endoscópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo de los pacientes sometidos a colonoscopias procedentes del PDCCR en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca de Mayo 2014 a Mayo 2015 que presentaban colonoscopias normales, pólipos mayores de 15 mm, más de 8 pólipos

(independientemente del tamaño), las dos circunstancias anteriores y neoplasias.

RESULTADOS

Se incluyeron 262 pacientes, 157 eran hombres y 105 mujeres. La media de SOH para los diferentes grupos fue 557 ng/ml (100-8000) para el grupo de colonoscopias normales, 1292 ng/ml (100-6631) si pólipos mayores de 15 mm, 1020 ng/ml (127-7987) para el grupo de más de 8 pólipos, 884 ng/ml (159-2021) si cumplían las dos circunstancias y 1529 ng/ml (120-6836) si neoplasia. Se encontró significación estadística ($p=0,003$) al relacionar niveles de SOH y hallazgos endoscópicos, existiendo mayores niveles en los casos de neoplasia. También había significación estadística entre la SOH y el tamaño de los pólipos ($p=0,0026$) pero no al relacionarlo con el número de éstos ($p=0,21$)

CONCLUSIONES

El valor de sangre oculta en heces puede predecir los hallazgos endoscópicos de los pacientes del programa de cribado de cáncer colorrectal.

CORRESPONDENCIA: ana.mora.soler@gmail.com

20.

LESIÓN ESPLÉNICA TRAS COLONOSCOPIA.

O Abdel-lah, M Caraballo, Y Aguilera, J Quiñones, L González, L Muñoz-Belvis

SERVICIO DE CIRUGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ANTECEDENTES

La lesión esplénica es una complicación infrecuente potencialmente mortal después de una colonoscopia rutinaria. Con una baja incidencia de 0,001% - 0,004%. Es preciso un alto nivel de sospecha cuando los pacientes que fueron sometidos a una colonoscopia presentan dolor abdominal durante las primeras 24 horas y además están hemodinámicamente inestables.

MÉTODO

Presentamos dos casos de lesión esplénica tras la realización de una colonoscopia de rutina.

RESULTADOS

Dos mujeres llegaron al Servicio de Urgencias con dolor abdominal cuatro días después de someterse a una colonoscopia diagnóstica. La esplenectomía se realizó en un paciente, y el otro fue admitido en la Unidad de Cuidados Intensivos, recuperándose satisfactoriamente de forma conservadora, sin necesidad de tratamiento quirúrgico. Ambos pacientes fueron dados de alta en el sexto día después de la admisión sin más complicaciones.

CONCLUSIÓN

La incidencia real de la lesión esplénica se desconoce. Muchas de las lesiones esplénicas no presentan síntomas, por lo que no son diagnosticadas y pasan inadvertidas.

La mayoría de los pacientes presentan síntomas en las primeras 24 horas. En los pacientes con una presentación tardía, se aconseja un alto nivel de sospecha con el fin de hacer un diagnóstico oportuno; el diagnóstico se basa en la clínica y se confirma con una Tomografía computarizada (TC), considerado el método de elección. El tratamiento depende del estado hemodinámico del paciente.

CORRESPONDENCIA: omarabdellah@gmail.com

COMUNICACIONES POSTER HIGADO

1.

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

Ahumada Jiménez Adriana, Pérez Valderas M^a Dolores, Díaz Fontenla Fernando, Romero Cristóbal Mario, Ávila Alegría Juan Carlos, Rincón Rodríguez Diego.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la infección de VHC en el sistema Nacional de Salud ha tenido un importante progreso en los últimos años con la llegada de los AAD. Estos regímenes son de corta duración, causan mínimos efectos adversos y son capaces de eliminar de forma sostenida la replicación viral en más del 85%.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio unicéntrico, prospectivo de la cohorte de pacientes que ha iniciado tratamiento con AAD en el periodo de enero a Septiembre-2015. Se incluyen 430 pacientes con un estadio de fibrosis >F2. Se realiza análisis descriptivo de la respuesta virológica al final del tratamiento y de los efectos secundarios.

RESULTADOS

De los 430 pacientes incluidos, se distribuyen según el estadio de fibrosis en: F4 233, F3 73, F2 108, F0-F1 16. El genotipo más frecuente es 1b (67.2%), seguido de 1a (18%), 3 (6%), 4 (5.1%), 2 (1.4%), indeterminado (0.7%), y 5 (0.2%). De los 430 pacientes, en 193 se ha podido finalizar el esquema de tratamiento antes del 5/9/2015. De los 193 pacientes, 191 presentan RVS al finalizar el tratamiento; 2 pacientes con CV indetectable en semana 4, presentan PCR positiva al finalizar el tratamiento.

CONCLUSIÓN

De la experiencia acumulada en nuestro centro destaca la excelente tolerancia de las nuevas terapias con AAD para la infección crónica por el VHC. El estudio de la cohorte de forma prospectiva permitirá establecer resultados de seguridad y eficacia en práctica clínica real.

CORRESPONDENCIA: ahumada.adriana@gmail.com

2.

EL TRASPLANTE HEPÁTICO COMO ÚNICA OPCIÓN CURATIVA DE LA ENDOTIPSITIS

Castillo Pradillo M, Díaz Gómez A, Carbonell Blanco C, Díaz Fontenla F, Bañares Cañizares R, Clemente Ricote G
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

El shunt portosistémico transyugular intrahepático (TIPS) es una opción terapéutica cada vez más utilizada en el tratamiento

de la hemorragia variceal. Presentamos el caso de una mujer de 55 años con hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C Child A-B con hipertensión portal, portadora de un TIPS por hemorragia variceal refractaria y un hepatocarcinoma estadio 0-A. Ingresó por fiebre de origen desconocido con el único hallazgo del aislamiento en hemocultivos de *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido y carbapenemasa. Tras descartarse otros posibles focos se realiza revisión del TIPS y se toman muestras para cultivo diferencial donde se aislaron incontables colonias de *K. pneumoniae* respecto a las muestras de sangre periférica, confirmándose el diagnóstico de endotipsitis. Se inicia tratamiento con Meropenem y Colistina previo a la realización de trasplante hepático como tratamiento definitivo. La endotipsitis es una complicación muy infrecuente, pero de consecuencias graves, ya que como infección de material protésico requiere la retirada del mismo, con el trasplante hepático como única opción curativa.

CORRESPONDENCIA: arantxa.diaz.gomez@gmail.com

3.

EVOLUCIÓN DEL RECuento PLAQUETARIO EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C TRAS TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA.

Bernad Cabredo B, Badia Aranda E, Ramos Rosario HA, Gómez Camarero J, Sáez-Royuela F.

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

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia (recuento plaquetario (RP) <150x10³) es común en pacientes con hepatitis crónica por virus C (HCC) y fibrosis avanzada. Se desconoce si la RVS tras el tratamiento conlleva una mejoría de la trombocitopenia.

OBJETIVO

Ver la evolución del RP en pacientes con HCC y su relación con la RVS.

MÉTODOS

Estudio de 31 pacientes con HCC genotipo 1, fibrosis avanzada (≥ 9,5 kPa), tratados con telaprevir, ribavirina e interferón pegilado. RP antes del tratamiento y 24 semanas después.

RESULTADOS

RP pre-tratamiento: 173,32±49,66 x10³ y a las 24 semanas tras fin tratamiento: 185,68±63,43 x10³. Evolución RP: En 14/24 paciente con RVS (58,33%) y en 5 /7 sin RVS (71,43%) aumentó el RP (p = 0,6757). El aumento medio del RP fue de 12 ± 58,46 x10³ en el grupo con RVS frente a 13,57 ± 38,28 x10³ en el grupo sin RVS (p = 0,9474). La trombocitopenia basal se corrigió en 2/8 pacientes con RVS y en 1/3 sin RVS (p = 1,000). 3 pacientes con RV S que no tenían trombocitopenia basal la presentaron tras el tratamiento.

CONCLUSIÓN

En pacientes con HCC y fibrosis avanzada tratados con triple terapia no se objetivó un aumento del RP a las 24 semanas tras el tratamiento, independientemente de la RVS.

CORRESPONDENCIA: belenbernadca@gmail.com

4.

BROTE DE HEPATITIS A EN LA PROVINCIA DE PALENCIA, ESPAÑA.

Moreira da Silva, BA; Pérez Citores, L; Germade, A; De Jesus Geneux, K; Castillo, R; Maestro Antolin, S; Santos, F; Igea Arisqueta, F; Pérez Millán, A; Saracibar, E; Santamaría, A; Madrigal, RE; Barcenilla, J; Garcia, I.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis A es una de las enfermedades prevenibles por vacunas más frecuentes en el mundo siendo los viajes a zonas de alta incidencia, el mayor factor de riesgo actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis del caso objeto de estudio y una revisión del tema.

RESULTADOS

Paciente de 17 años que presenta cuadro de una semana de evolución de dolor en hipocondrio derecho, acompañado de astenia, hiporexia, fiebre, ictericia, coluria y acolia. Refiere haber realizado un viaje, hace un mes a Sahara, presentando dos de sus colegas, hepatitis aguda por VHA. Examen físico: ictericia mucocutánea y dolor en hipocondrio derecho. Analítica: plaquetas: 146000/l, TP: 52%, BT: 5.2 mg/dl, AST: 2552 UI/l, ALT: 4256 UI/l e IgM VHA: positivo.

DISCUSIÓN

En España, la incidencia de VHA es de 2-3 casos por 100000 habitantes. En nuestra provincia, se han diagnosticado 5 casos en los últimos 5 años. Actualmente, la vacunación contra la hepatitis A es obligatoria en Ceuta, Melilla y Cataluña. Otras indicaciones son epidemias, viajes a zonas endémicas y pacientes de alto riesgo.

CONCLUSIÓN

Se recomienda la divulgación más intensa de la necesidad de acudir al MAP o a centros especializados, para la valoración de vacunación según el país de destino, con el objetivo de evitar brotes de enfermedades prevenibles.

CORRESPONDENCIA: brunomoreirasilva@gmail.com

5.

HEPATITIS TÓXICA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Moreira da Silva, BA; Pérez Citores, L; Germade, A; De Jesus Geneux, K; Castillo, R; Maestro Antolin, S; Santos, F; Igea Arisqueta, F; Pérez Millán, A; Saracibar, E; Santamaría, A; Madrigal, RE; Barcenilla, J; Garcia, I.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas y etiológicas de los pacientes diagnosticados de hepatitis tóxicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes vistos en una consulta de medicina interna y de aparato digestivo, en el periodo comprendido entre el año 2007 a 2015, con diagnóstico de hepatitis tóxica, analizando las variables epidemiológicas, clínica

presentada, pruebas realizadas, alteraciones analíticas, fármacos implicados y evolución clínica.

RESULTADOS

Se obtuvieron 38 pacientes, 58% varones y 42% mujeres, con edad media de 58 años, presentando citolisis y colestasis el 92% y 71%, respectivamente. Clínica: coluria (45%), abdominalgia (34%), asintomático (32%), ictericia y astenia (26%). Se utilizó ecografía abdominal en 79% de los pacientes, TC abdominal 5% y la RMN abdominal 3%. Medicamentos: paracetamol (23%), amoxicilina/ácido clavulánico (18%), AINES (13%) y otros fármacos (estatinas, metformina, enalapril), han representado menos de 5% de los casos. Todos los pacientes presentaron evolución favorable, presentando resolución de los síntomas y normalización perfil hepático.

DISCUSIÓN

Verificamos que los resultados están de acuerdo con la mayoría de los escritos en la literatura, con el paracetamol y la amoxicilina/ácido clavulánico presentando la etiología más frecuente, muy probablemente por la cantidad elevada de prescripciones médicas y por el fácil acceso a estos medicamentos. La coluria ha sido el síntoma más frecuente, seguido de la abdominalgia y la elevación asintomáticas de las enzimas hepáticas. La ecografía, siendo estudio barato, inocuo y ampliamente disponible, es el estudio de imagen de elección. Todos los pacientes presentaron evolución favorable. Sin embargo, se trata de un estudio realizado con pacientes derivados de otros servicios, como el de urgencias y centros de salud, no presentando, de entrada, criterios de gravedad.

CONCLUSIÓN

La hepatitis tóxica es una entidad frecuente entre los pacientes de aparato digestivo y de medicina interna, por lo que los clínicos deben estar familiarizados y debidamente preparados para poder diagnosticar y actuar rápidamente, teniendo en cuenta que los pacientes ancianos y pluripatológicos, de forma general, tienen un peor pronóstico.

CORRESPONDENCIA: brunomoreirasilva@gmail.com

6.

TRATAMIENTO LIBRE DE INTERFERÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C: RESULTADOS EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA.

Martos Plasencia C, Peña Gómez M, Salmoral Luque R, Patón Arenas R, Hernández Albuja A, Martín Escobedo L R, Olmedo Camacho J

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos viviendo una revolución en el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C. Con la llegada de los antivirales de acción directa (AAD), que nos permiten el tratamiento sin necesidad de utilizar interferón, hemos conseguido ampliar el espectro de pacientes susceptibles de ser tratados y aumentar las tasas de respuesta viral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos un estudio descriptivo que muestra las características epidemiológicas y los resultados obtenidos con el tratamiento libre de interferón, en los pacientes de nuestra consulta monográfica de enfermedades hepáticas tratados desde noviembre de 2014 a mayo de 2015. El grado de fibrosis se valoró por biopsia y/o

por fibroscan. La función hepática de los pacientes cirróticos valorada con parámetros analíticos (albumina, bilirrubina, y actividad de protrombina) así como la cifra media de plaquetas se describen antes y tras el tratamiento.

RESULTADOS

47 pacientes han recibido tratamiento libre de interferón para la infección crónica por el VHC. De ellos 28(59,6%) eran varones y 19 (40,4%) mujeres y presentaban una media de edad de 52,19 años (22-79). 15 pacientes estaban infectados por VHC genotipo 1a, 28 por el 1b, 2 por el genotipo 3, un paciente genotipo 2 y uno por genotipo 4. En función del grado de fibrosis: F0-F1: 4 pacientes, F2:8, F3: 6, F4: 28 (59,6% cirrosis). El 47% de los pacientes tratados eran naive, el 50% null responder y el 3% habían recidivado. El 4,2% habían sido diagnosticados de hepatocarcinoma y un 6,3% estaban coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Dos pacientes habían recibido un trasplante hepático. Dentro de los tratamientos disponibles 10 pacientes recibieron la combinación de ombitasvir, paritaprevir / r y dasabuvir (7 de ellos con ribavirina), 12 la combinación Sofosbuvir- Daclatasvir (9 con ribavirina), 14 Sofosbuvir -Ledipasvir (10 con ribavirina), 9 Sofosbuvir-Simeprevir (4 con ribavirina) y 2 pacientes se trataron con Sofosbuvir y ribavirina.(genotipos 2 y 3). En el subgrupo de pacientes cirróticos se analizaron basalmente los valores medios de: plaquetas 136517(61000-450000), actividad de protrombina 89,03% (32%-100%), albumina 3,89 (2-4,8) y bilirrubina 1,15 (0,30- 5,10). Al finalizar el tratamiento los valores medios de estos parámetros eran los siguientes: plaquetas 158965 (57000-483000), actividad de protrombina 87% (50 %-100%), albúmina 3,94 (2,5-4,95) y bilirrubina 1,09 (0,20-4,4). La carga viral media previa al tratamiento fue de 1675098 UI/mL. En la semana 4 de tratamiento la carga viral era indetectable en 16 pacientes (34%) y en la semana 8 en 38 pacientes (80,85%). Todos los pacientes presentan respuesta virológica al finalizar el tratamiento. 18 de los pacientes han alcanzado en la actualidad la respuesta viral sostenida (RVS12). Como principales complicaciones dos pacientes presentaron descompensación ascítica sin necesidad de interrumpir el tratamiento antiviral y resolución con tratamiento diurético. Un paciente presentó encefalopatía hepática grado 1-2 durante todo el tratamiento que se resolvió al finalizarlo y con tratamiento catártico.

CONCLUSIÓN

El 100% de los pacientes tratados han presentado respuesta virológica al finalizar el tratamiento con AAD sin presentar complicaciones graves que obligasen a interrumpirlo. Por lo que el tratamiento con estos fármacos es eficaz y seguro incluso en los pacientes más difíciles de tratar. Por el momento los resultados presentados en los ensayos clínicos se reproducen en nuestra práctica clínica habitual.

CORRESPONDENCIA: carmenmartosplasencia@gmail.com

7.

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO HEPÁTICO

Revilla Morato C, Pérez Corte D, Cotorruelo González A, Marcos Prieto H, Jiménez Jurado A, Calabuig Mazzola V, García Prada M, Martínez Moreno J, Martín Arribas MI, Rodríguez Pérez A.

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

INTRODUCCIÓN

El pseudotumor inflamatorio hepático es una entidad poco frecuente que debe ser tenida en cuenta ante la presencia de una masa hepática. Su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con algunas enfermedades inflamatorias sistémicas. Clínicamente se presenta como un cuadro agudo de dolor abdominal y un síndrome inflamatorio.

CORRESPONDENCIA: cris_revi@hotmail.com

8.

PREVALENCIA DEL POLIMORFISMO Q80K EN LOS PACIENTES GENOTIPO 1A EN BURGOS

Badia Aranda E, Ramos Rosario HA, Bernad Cabredo B, Gómez Camarero J, Sáez-Royuela F.

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

INTRODUCCIÓN

En España 1/3 de los pacientes con G1 presentan subtipo 1a (G1a), con una prevalencia del 8,5% del polimorfismo Q80K. Este polimorfismo se asocia a una menor tasa de respuesta viral sostenida (RVS) cuando se administra simeprevir junto a interferón pegilado (INF) y ribavirina.

OBJETIVOS

Determinar la proporción de pacientes con G1a y G1b entre G1 tratados recientemente. Conocer qué proporción de pacientes con G1a presentan el polimorfismo Q80K.

MÉTODOS

Estudio de los pacientes G1 estudiados previo tratamiento con terapias libres de INF en nuestro centro. El genotipo y subtipo se realizó mediante hibridación inversa y el Q80K mediante secuenciación directa.

RESULTADOS

De los 70 pacientes G1 tratados en nuestro centro, el 61,3% presentan G1b, el 35,7% presentan G1a y en el 3% no fue posible determinar el subtipo. Se estudió Q80K en 42 pacientes G1a: 1 (2,4%) lo presentaba, en 39 (92,9%) estaba ausente y en 2 (4,8%) fue indeterminado.

CONCLUSIONES

La proporción de G1a es similar a la descrita en nuestro país. Existe una menor tasa de Q80K y aunque la población de estudio es pequeña, no parece ser un problema importante en nuestros pacientes.

CORRESPONDENCIA: esterbadara@gmail.com

9.

DATOS PRELIMINARES DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON CON PARITAPREVIR/RITONAVIR, DASABUVIR Y OMBITASVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS C

Rodríguez Toboso Gabriel⁽¹⁾, Moreno Planas JM⁽¹⁾, Vicente Gutiérrez MM⁽¹⁾, Martínez Rodenas P⁽²⁾, Martínez Alfaro E⁽¹⁾, Montealegre Barrejón M⁽³⁾, Cascales Martínez E⁽²⁾,

Solera Muñoz M⁽²⁾, Garrido Martínez M⁽³⁾, Villena Moreno K⁽¹⁾,
Ramón Ruiz I⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾

HOSPITAL GENERAL ALBACETE⁽¹⁾, HOSPITAL DE ALMANSA⁽²⁾,
HOSPITAL DE VILLARROBLEDO⁽³⁾.

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha aprobado la terapia con paritaprevir/ritonavir, dasabuvir y ombitasvir.

OBJETIVO

Analizar la eficacia de la asociación dichos tratamientos en nuestro hospital.

MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes tratados y se analizó la eficacia del tratamiento.

RESULTADOS

27 pacientes, edad media 55 años, 18 varones y 9 mujeres. 19 pacientes genotipo 1b, 3 1a, y 5 genotipo 4. 9 eran cirróticos. Pretratados 10 y 17 naïve. En 14 (51,9%) se asoció ribavirina. De los 18 pacientes que completaron 4 semanas de tratamiento, el 72,2% (n:13) tenían carga viral negativa. De los 11 pacientes que han completado el tratamiento, la RVFT es 100%. De los 4 pacientes con seguimiento mayor de 12 semanas tras el final del tratamiento, la RVS12 ha sido 75% (el paciente sin respuesta falleció a los 2 meses del final por fallo hepático). Las transaminasas se normalizaron en el 100%.

CONCLUSIONES

La combinación de paritaprevir/ritonavir, dasabuvir y ombitasvir parece tener una alta eficacia en el tratamiento del VHC

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezoboso@hotmail.com

10.

ESTUDIO CON ECOCARDIOGRAMA CON BURBUJAS EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS Y LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME HEPATOPULMONAR (SHP)

Rodríguez Toboso Gabriel⁽¹⁾, Moreno Planas JM⁽¹⁾,
Ramón Ruiz I⁽¹⁾, Calzada Delgado I⁽¹⁾, Martínez Rodenas P⁽²⁾,
Garrido Martínez M⁽³⁾, Villena Moreno KM⁽¹⁾,
Rodríguez Toboso J⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾

HOSPITAL GENERAL ALBACETE⁽¹⁾, HOSPITAL DE ALMANSA⁽²⁾,
HOSPITAL DE VILLARROBLEDO⁽³⁾.

INTRODUCCIÓN

El SHP es una entidad poco frecuente y de elevada morbimortalidad. En muchas ocasiones es una entidad infradiagnosticada.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia del síndrome hepatopulmonar y sus características en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 32 pacientes diagnosticados de cirrosis en el hospital de Albacete. Se estudió la prevalencia de SHP.

RESULTADOS

El 87,5% del total fueron hombres (28/32). El 12,5% de los pacientes presentó hipoxemia (4/32), mientras que el gradiente a-A O₂ se encontró elevado en un 18,75% (6/32). El 18,75% de los pacientes presentó paso de burbujas a cavidades izquierdas en el

ecocardiograma (6/32). En cambio, tan sólo 6,25% del total de los pacientes cumplía todos los criterios citados de SHP (2/32).

CONCLUSIONES

En nuestra población de enfermos cirróticos aproximadamente un quinto presentaron un SHP subclínico y tan sólo un 6% cumplían criterios de SHP.

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezoboso@hotmail.com

11.

EFFECTOS SECUNDARIOS CON LA NUEVA COMBINACIÓN PARA EL VIRUS DE HEPATITIS C: PARITAPREVIR / RITONAVIR, DASABUVIR Y OMBITASVIR

Rodríguez Toboso Gabriel⁽¹⁾, Moreno Planas JM⁽¹⁾,
Vicente Gutiérrez MM⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾, Martínez Rodenas P⁽²⁾,
Velasco Valcárcel J⁽²⁾, Martínez Alfaro E⁽¹⁾, Montealegre Barrejón M⁽³⁾,
Vargas Travaglini M⁽¹⁾, Calzada Delgado I⁽¹⁾,
Fernández de Cañete Camacho José Carlos⁽¹⁾

HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE⁽¹⁾, HOSPITAL DE ALMANSA⁽²⁾,
HOSPITAL DE VILLARROBLEDO⁽³⁾

INTRODUCCIÓN

Hay escasa literatura de los efectos 2º de paritaprevir/ritonavir, dasabuvir y ombitasvir.

OBJETIVO

Analizar la seguridad de este novedoso tratamiento.

MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes tratados y se analizaron los efectos 2º.

RESULTADOS

27 pacientes, edad media 55 años, 18 varones y 9 mujeres. 19 pacientes genotipo 1b, 3 del 1a, y 5 genotipo 4. 9 de ellos eran cirróticos. Pretratados 10 y 17 naïve. Los efectos secundarios estuvieron presentes en el 74% de los pacientes (20/27). De ellos, el 95% fueron leves (19/20). El 5% moderado (1/20), por anemia. El más frecuente fue el prurito, presente en el 33,3% (9/27). La diarrea se dio en el 11,1% (3/27). Cefalea y la astenia se vieron en el 7,4% de pacientes (ambos 2/27). La ictericia, fiebre, artromialgias y anemia afectaron a un paciente cada uno. Un paciente falleció por fallo hepático semanas después concluido el tratamiento, sin existir asociación con el mismo.

CONCLUSIONES

La combinación de paritaprevir/ritonavir, dasabuvir y ombitasvir parece ser segura para el tratamiento del VHC.

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezoboso@hotmail.com

12.

PREVALENCIA DE COLELITIASIS EN PACIENTES CIRRÓTICOS

Rodríguez Toboso Gabriel⁽¹⁾, Moreno Planas JM⁽¹⁾,
Ramón Ruiz I⁽¹⁾, Calzada Delgado I⁽¹⁾,
Fernández de Cañete Camacho JC⁽¹⁾, Martínez Rodenas P⁽²⁾,
Rodríguez Toboso J⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾

HOSPITAL GENERAL ALBACETE⁽¹⁾, HOSPITAL DE ALMANSA⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Hay pocos estudios sobre la colelitiasis en cirróticos.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de la colelitiasis en nuestros pacientes con cirrosis hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes con cirrosis en el Hospital de Albacete entre 1994 y 2015, estudiando la prevalencia de colelitiasis en ellos.

RESULTADOS

168 pacientes. Edad media de 55 años. El 80.35% (n: 135) hombres, y un 19.65% (n: 33) mujeres. De todos nuestros cirróticos, el 42.26% (n:70) tenían colelitiasis. De ellos un 9.2% contaron síntomas relacionados con la colelitiasis. El 40% de los hombres (54/135) y el 48.48% de las mujeres (16/33) tenían litiasis vesicular (p: 0,375). El 49.5 % de los diabéticos (17/42) frente al 42.1% de los no diabéticos (53/126) (p:0.857) tenían colelitiasis. El 38.6% de los Child A (22/57), el 56.1% (23/41) de los Child B y el 65.2% (15/23) de los Child C (p:0.192) presentaban litiasis en la vesícula.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de nuestros pacientes cirróticos tienen litiasis vesicular, siendo en esta población de enfermos mucho más frecuente que en la población general. Casi el 10% tuvieron síntomas relacionados con la colelitiasis.

CORRESPONDENCIA: gabrielrodriguezobos@hotmail.com

13.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON SIMPREVIR FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

Lindo Ricce M, Perea Espiga E, Marinero Martínez-Lázaro A, Real Martínez Y, González Moreno L, García Buey L, Santander Vaquero C

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID.

INTRODUCCIÓN

Simeprevir (SMV) ha demostrado en ensayos clínicos tasas elevadas de curación y adecuada tolerancia.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del SMV en dos grupos de tratamiento: SMV, interferón (IFN) y ribavirina (RBV)[Grupo 1] Vs SMV y sofosbuvir (SOF)[Grupo 2] en pacientes con hepatopatía por VHC genotipo 1.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos epidemiológicos y virológicos para evaluar eficacia a las 12 semanas pos tratamiento y efectos adversos de los pacientes que recibieron simeprevir desde octubre-2014 a febrero-2015.

RESULTADOS

8 pacientes recibieron SMV con IFN y RBV y 8 SMV con SOF. La fibrosis basal era mayor en el grupo 2 [36,87 vs 14,95Kpa]. La carga viral basal en el grupo 1 era 5,9 log 10 y el grupo 2 era 6,13

log 10. El 62.5% del grupo 1 era naïve y el 62.5% del grupo 2 había recibido monoterapia o biterapia. La RVS en el grupo 1 fue del 87% y del grupo 2 del 71.5%. Los efectos adversos más comunes fueron astenia (50-62%) y prurito (25-37%).

CONCLUSIONES

La RVS fue elevada en ambos grupos, siendo mayor en el grupo con IFN. El tratamiento en ambos grupos fue bien tolerado.

CORRESPONDENCIA: helen_mde@hotmail.com

14.

PROGRAMA DE ACCESO PRECOZ A ATENCION ESPECIALIZADA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEPATITIS C SIN SEGUIMIENTO

Santos Fernández J, Sánchez-Ocaña Hernández R, Torres Yuste R, Cimavilla Román M, Peñas Herrero I, García Pajares F, Almohalla Álvarez C, Sañudo S, Blanco Ledo A, Sánchez Antolín G

UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. Sº APARATO DIGESTIVO.
HOSPITAL UNIVERSITARIO "RÍO HORTEGA" VALLADOLID.

La infección por el virus de la hepatitis C es un problema sanitario de primer orden con una prevalencia del 3-4% en nuestro medio. Este gran número de personas hace que muchas de ellas a pesar de haber sido diagnosticadas, por diferentes motivos, no están siendo controladas por médicos especialistas o de atención primaria.

OBJETIVOS

Mejorar el porcentaje de pacientes VHC positivos controlados en consulta de hepatología.

MATERIAL Y METODOS

Cruzamos datos de los diagnósticos VHC+ en Atención Primaria (MEDORA) y PCR VHC del laboratorio de virología y detectamos 375 pacientes sin confirmación por PCR de VHC. Pusimos en marcha una consulta de acceso precoz para estos pacientes. En la consulta inicial se realizó historia clínica completa, analítica con PCR, genotipo, IL-28B y FibroScan. A todos los pacientes se les envió informe de la situación de su enfermedad, y se realizó encuesta de satisfacción telefónica. Presentamos los resultados de los primeros 61 pacientes.

RESULTADOS

De los 61 pacientes analizados, 27 (44%) eran VHC PCR NEGATIVA, de los cuales 15 tratados y curados (24%), 12 (19%) con curación espontánea de la enfermedad. 33 pacientes (54%) presentaban PCR positiva de los cuales: 3 Genotipo 1A, 26 Genotipo 1B, 1 Genotipo 1C, 2 Genotipo 2, 1 genotipo no valorable. El Fibroscan medio de los pacientes PCR + fue 10.09 +/- 6.96. El Fibroscan medio en el grupo con PCR negativa fue 6.84 +/- 3.29. Las diferencias entre ambos grupos alcanzaron la significación estadística (p<0.05). Los pacientes subsidiarios de tratamiento, con Fibrosis superior a F2 (Fibroscan >7,6) fueron el 27% (17 pacientes). Realizamos una encuesta de satisfacción telefónica en la que la satisfacción global media fue alta o muy alta en el 100% de los pacientes y la media en cuanto a trato e información recibidas, rapidez en la realización de pruebas y atención en la consulta supera el 9 (siendo 1 la nota mínima y 10 la máxima).

CONCLUSIONES

En nuestra área sanitaria hemos detectado 61 Pacientes diagnosticados de VHC sin ningún control en Atención Especializada. De

ellos el 27% son pacientes subsidiarios de tratamiento antiviral. La satisfacción de los pacientes con esta iniciativa ha sido del 100%.

CORRESPONDENCIA: javiersantos_88@hotmail.com

15.

DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMUNITARIO DE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON SOFOSBUVIR Y SIMEPREVIR EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA VHC GENOTIPO 1

Moreno Planas JM⁽¹⁾, Larrubia Marfil JJ⁽²⁾, Sánchez Ruano JJ⁽³⁾, Martínez Rodenas P⁽⁴⁾, Gancedo P⁽⁵⁾, Patón Arenas R⁽⁶⁾, María del Mar Vicente Gutiérrez⁽¹⁾, Solera Muñoz M⁽⁴⁾, Martín-Lagos Maldonado A⁽⁷⁾, Martínez Alfaro E⁽¹⁾, Sanz de Villalobos E⁽²⁾, Artaza Varasa T⁽³⁾, Rodríguez Toboso G⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾

¹ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

² HOSPITAL DE GUADALAJARA. ³ HOSPITAL DE TOLEDO.

⁴ HOSPITAL DE ALMANSA. ⁵ HOSPITAL DE PUERTOLLANO.

⁶ HOSPITAL DE CIUDAD REAL. ⁷ HOSPITAL DE MANZANARES

INTRODUCCIÓN

Hay pocos datos de vida real de la combinación sofosbuvir y simeprevir para el VHC en nuestro país.

OBJETIVO

Analizar la eficacia de la asociación de simeprevir y sofosbuvir en nuestro medio.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico en nuestra Comunidad Autónoma en el que se recopilaron los datos de eficacia en 8 hospitales.

RESULTADOS

Se incluyeron 124 pacientes, edad media 57 años, 72 varones y 52 mujeres. 91 pacientes eran genotipo 1b, 29 1a. 81 eran cirróticos. Pretratados 57 y 67 naive. En 35 (28,2%) se asoció ribavirina. La carga viral media al inicio era 2.219.077 UI/ML. Al final del seguimiento un paciente había fallecido por complicaciones de su hepatopatía y otro por un suicidio (con CV negativa). En los 51 pacientes con seguimiento mayor de 12 semanas tras el final del tto la RVS12 ha sido 90,2%; en los 106 pacientes que han completado el tto la RVFT es 98,1%. Las transaminasas se normalizaron en el 90,1%. **CONCLUSIONES:** La combinación de sofosbuvir y simeprevir es muy efectiva en el manejo de los pacientes con hepatitis C.

CORRESPONDENCIA: josemariamoren@yahoo.es

16.

DATOS PRELIMINARES EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CON REGÍMENES LIBRES DE INTERFERÓN EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA VHC GENOTIPO 4

Moreno Planas JM⁽¹⁾, Larrubia Marfil JR⁽²⁾, Sánchez Ruano JJ⁽³⁾, Martínez Rodenas P⁽⁴⁾, Vicente Gutiérrez MM⁽¹⁾, Martín-Lagos

Maldonado A⁽⁵⁾, Martínez Alfaro E⁽¹⁾, Artaza Varasa T⁽³⁾, Montealegre Barrejón M⁽⁶⁾, Cascales Martínez E⁽⁴⁾, Rodríguez Toboso G⁽¹⁾, Ramón Ruiz I⁽¹⁾, Pérez Flores R⁽¹⁾

⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

⁽²⁾ HOSPITAL DE GUADALAJARA. ⁽³⁾ HOSPITAL DE TOLEDO.

⁽⁴⁾ HOSPITAL DE ALMANSA. ⁽⁵⁾ HOSPITAL DE MANZANARES.

⁽⁶⁾ HOSPITAL DE VILLARROBLEDO.

INTRODUCCIÓN

Hay pocos estudios de eficacia de regímenes libres de IFN en pacientes con genotipo 4 de la hepatitis C.

OBJETIVO

Analizar la eficacia del tratamiento con regímenes libres de IFN en nuestro medio.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico en nuestra Comunidad Autónoma en el que se recopilaron los datos de eficacia de 5 hospitales. **RESULTADOS:** Se incluyeron 22 pacientes, edad media 52 años, 17 varones. 14 (63,6%) se trataron con sofosbuvir/simeprevir, 5 con 2D+riba, y 3 con sofosbuvir/ledipasvir. En 11 se asoció ribavirina. 10 eran cirróticos. Pretratados 12. 5 eran VIH positivos. La carga viral media al inicio era 2.219.077 UI/ML. En los 5 pacientes con seguimiento mayor de 12 semanas tras el final del tto. la RVS12 ha sido del 100%; en los 17 pacientes que han completado el tto la RVFT es 100%. Las transaminasas se normalizaron en el 88,2%.

CONCLUSIONES

Los nuevos regímenes libres de IFN son muy efectivos en el manejo de los pacientes infectados por el genotipo 4.

CORRESPONDENCIA: josemariamoren@yahoo.es

17.

HIDATIDOSIS HEPÁTICA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN PORTAL

Castillo Pradillo, M; Díaz Gómez, A; Pérez Valderas, MD; Díaz Fontenla, F; Romero Cristóbal, M; Clemente Ricote, G
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID.

La hidatidosis es una zoonosis endémica en España cuya principal consecuencia es la formación de quistes, en su mayoría hepáticos. Presentamos el caso de un varón de 49 años, natural de Marruecos, remitido a nuestro centro para estudio de lesiones hepáticas ocupantes de espacio (LOES) y trombosis portal con transformación cavernomatosa de diagnóstico a raíz de una hemorragia digestiva alta por varices esofágicas. Aportaba estudio analítico con discreta colestasis y estudio de imagen en el que se describían LOES de probable origen vascular. Se repitió el estudio con tomografía computarizada (TC) en el que se confirmó la existencia de múltiples lesiones hepáticas con margen calcificado y trombosis portal con abundante circulación derivativa. Ante estas imágenes, y tras estudio serológico positivo para Echinococcus granulosus, se diagnosticó al paciente de hidatidosis crónica con invasión portal y desarrollo de hipertensión portal. Tras descartarse el shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS) por imposibilidad técnica se decidió optimización de profilaxis secundaria de hemorragia con ligadura con bandas y tratamiento betabloqueante.

CORRESPONDENCIA: martacp88@gmail.com

18.

SÍNDROME DE SESA, UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA

González Martínez M¹, Alonso Martín C¹, Olmos Martínez JM¹, Ruiz Bueno P¹, Álvarez González S¹, Terán Lantarón A¹, Oterino Durán A², Sánchez de la Torre JR², Marco de Lucas E³, Ocón Quintal R⁴, Fernández Torre JL⁴, Crespo García J¹

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ² SERVICIO DE NEUROLOGÍA. ³ SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. ⁴ SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER, CANTABRIA.

INTRODUCCIÓN

Los déficits neurológicos más frecuentes en la cirrosis alcohólica son la encefalopatía hepática o el síndrome de abstinencia. Sin embargo, el diagnóstico diferencial puede ser más complejo.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años, con cirrosis hepática alcohólica, que presentó crisis generalizada tónico-clónica, somnolencia postcrítica y hemiparesia izquierda. Tras descartar causas metabólico-vasculares, la RMN mostró hiperseñal T2/FLAIR derecha con restricción de la difusión y el EEG, descargas epileptiformes de carácter periódico (PLEDs), ambos datos característicos del síndrome SESA (Subacute Encephalopathy with Seizures in Alcoholics). Se inició tratamiento antiepiléptico con buena evolución, sin nuevas crisis.

CONCLUSIÓN

El síndrome SESA es un trastorno epiléptico raro de pacientes alcohólicos, frecuentemente asociado a patología vascular crónica del que se han reportado 16 casos hasta el momento. El conocimiento de la entidad, su sospecha y el EEG son básicos para su diagnóstico.

CORRESPONDENCIA: mgonzalezmtnez@gmail.com

19.

DATOS DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA CON SOFOSBUVIR Y SIMEPREVIR EN NUESTRA PROVINCIA

Moreno Planas JM¹, Martínez Rodenas P², Vicente Gutiérrez MM¹, Martínez Alfaro E⁴, Solera Muñoz M⁵, Montealegre Barrejón M³, Cascales Sánchez E², Garrido Martínez M³, Velasco Valcárcel AJ², Ramón Ruiz MI¹, Rodríguez Toboso G¹, Calzada Delgado I¹, Ricardo Pérez Flores R¹

¹ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ² DIGESTIVO DEL HOSPITAL DE ALMANSA. ³ DIGESTIVO DEL HOSPITAL DE VILLARROBLEDO. ⁴ UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ⁵ SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ALMANSA.

INTRODUCCIÓN

En los últimos meses se ha generalizado el empleo de terapias libres de interferón en los pacientes con hepatopatía crónica VHC. Sin embargo, todavía hay pocos datos de vida real acerca de la eficacia de estos tratamientos.

OBJETIVO

Analizar la eficacia de la terapia basada en la asociación de Simeprevir y Sofosbuvir en la provincia de Albacete.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio multicéntrico en nuestra Comunidad Autónoma en el que se recopilaron los datos preliminares de la eficacia de esta asociación en los 3 hospitales de nuestra provincia.

RESULTADOS

Se incluyeron 69 pacientes, con una edad media de 58 años (35-78), el 62.3% (n=43) varones y el 37.7% (n=26) mujeres, con una fibrosis media medida por elastografía de 20.4 kPa (5.4-69.10) en el momento del inicio del tratamiento, siendo el 4.5% F0-F1, 12.1% F2, 24.2% F3 y 59.1% F4. El 65.5% eran genotipo 1b, el 25.3% genotipo 1a y el 8.9% genotipo 4. El 13% eran coinfectados VIH. Del total de pacientes el 60.9% eran cirróticos. El 52.2% habían sido tratados previamente, 46.4% eran naive y en el 1.4% se desconocía. En el 39.1% de los pacientes se asoció Ribavirina al tratamiento. La carga viral media al inicio del tratamiento era de 2021014UI/ML (66100-11200000). Al final del seguimiento 1 paciente había fallecido por suicidio y otro por complicaciones de su hepatopatía (Carga Viral negativa). Un paciente dejó el tratamiento en el contexto de un brote de esquizofrenia a las 8 semanas. En los demás pacientes incluidos en este estudio no se ha suspendido el tratamiento. En los 23 pacientes que han completado el seguimiento 12 semanas post-tratamiento la RVS12 fue del 91.3%. En los 32 pacientes que han completado el seguimiento 4 semanas post-tratamiento la RVS4 fue del 93.75%. En los 60 pacientes que ha completado el seguimiento al final del tratamiento la RV fin de tratamiento fue del 96.77%. Las transaminasas se normalizaron al final del tratamiento en el 92.3% de los pacientes. Ningún paciente ha abandonado el tratamiento por toxicidad relacionada con este, presentando el 76.6% efectos secundarios, considerados como leves en el 54.7% del total y de los cuales los más comunes fueron astenia, anemia, insomnio, rash y prurito.

CONCLUSIONES

La combinación libre de Interferon con Sofosbuvir y Simeprevir es muy efectiva y segura en el manejo de los pacientes con hepatitis C.

CORRESPONDENCIA: poncimr@hotmail.com

20.

VHE COMO CAUSA DE FALLO HEPÁTICO AGUDO SOBRE CRÓNICO (ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE)

Ruiz Bueno P, Álvarez González S, Alonso Martín C, González Martínez M, Olmos Martínez JM, Fortea Ormaechea JI, Cuadrado Lavín A, Casafont Morencos F, Crespo García J

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

La infección por el virus de la hepatitis E (VHE) es una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda en todo el mundo. En España, su prevalencia es del 0,6-7,3% en la población general, siendo mayor en individuos de riesgo. En los últimos años se están documentando un número creciente de casos "autóctonos" (sin antecedente de viajes a zonas endémicas del VHE). Aproximadamente un 10% de las hepatitis agudas sin diagnóstico tras los estudios habituales son debidas a este virus. La gravedad de la hepatitis es mayor en pacientes con hepatopatía crónica y en embarazadas. Presentamos el caso de un varón de 59 años con cirrosis hepática de origen enólico con un fallo hepático agudo sobre crónico secundario al VHE. Presentó una hiperbilirrubinemia extrema de

predominio directo (65,8 mg/dL) y fracaso renal secundario. La evolución fue tórpida con desarrollo de fracaso multiorgánico, falleciendo al mes del ingreso. Como factor epidemiológico de riesgo tenía contacto habitual con ovejas.

CORRESPONDENCIA: pruibueno@hotmail.com

21.

CASO CLÍNICO DE HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C DE TRANSMISIÓN NOSOCOMIAL

García Mulas S, Carrión Martín L, Díaz Gómez A, Martínez Lozano H, Hernando Alonso A.

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

Varón de 47 años sin antecedentes de interés salvo cirugía de fisura anal en abril de 2014. En mayo de 2014 inicia dolor abdominal crónico recurrente precisando ingreso por mal control del dolor en mayo y junio de 2014 realizándose las siguientes pruebas: • TC abdominal: normal. • Endoscopia digestiva alta: normal. • Ecoendoscopia: normal. • Analítica: ALT 22, AST 12, GGT 46, FA 70 y LDH 144 (en U/L) y Bi 0.4 mg/dL. AntiVHC: no se detectan anticuerpos. RNA-VHC: <15 UI/ml. En julio de 2014 ingresa por persistencia del dolor, astenia, pérdida de 20 kg de peso e ictericia. Se realizan: • RMN abdominal: normal. • Analítica: ALT 1432, AST 1089, GGT 425, FA 184 y LDH 505 (en U/L) y Bi 8.7 mg/dL. AntiVHC positivo, Ag-VHC > 200000 fmol/L, RNA-VHC 21623794 UI/ml. Otras serologías: VHB, VEB y CMV negativas, IgM-VVZ positivo. Ante estos hallazgos y la ausencia de otros antecedentes epidemiológicos de interés el paciente es diagnosticado de hepatitis aguda a por VHC de contagio nosocomial.

DISCUSIÓN

La transmisión nosocomial supone el 15-25% de los casos de infección por VHC, siendo los principales factores de riesgo intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos invasivos.

CORRESPONDENCIA: sgmulas@gmail.com

22.

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA RECIDIVANTE

Álvarez González S¹, Hernández Martínez P², Martín Ramos L¹, Rodríguez de Lope C¹, Terán Lantarón A¹, Alonso Martín C¹, Ruiz Bueno P¹, Olmos Martínez JM¹, González Martínez M¹, Fortea Ormaechea JI¹, Cuadrado Lavín A¹, Llerena Santiago S¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente en cirrosis descompensada. Es excepcional que siendo tratada correctamente recidive en el mismo ingreso hospitalario. Presentamos un varón de 56 años con cirrosis hepática OH que ingresa por PBE cultivándose *S. Agalactiae* en ascitis. Se inicia antibiótico y se constata resolución. Presenta pico febril y de nuevo criterios de PBE. Con reintroducción de antibiótico se vuelve a normalizar el recuento leucocitario. Un tercer episodio ocurre a los pocos días, con TAC abdomen que descarta complicaciones. Tras

nueva normalización de leucocitos en ascitis, se aísla *Micrococcus Luteus* (bacterioascitis). El interés del caso se debe a la presencia en el mismo ingreso de tres episodios de ascitis neutrofílica con aislamiento de diversos gérmenes sin foco infeccioso primario. Nuestro caso sugiere un estado de endotoxemia permanente, que junto a la traslocación bacteriana intestinal se saben responsables de la aparición de PBE.

CORRESPONDENCIA: sialvarez@humv.es

23.

VEB COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE HEPATITIS AGUDA

Díaz Ruiz R, Díaz Gómez A, Caballero Marcos A, Castillo Pradillo M, Pérez Carazo L, Pajares Díaz JA, Marín Jiménez I, Menchén Viso L, Hernando Alonso A, Clemente Ricote G

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

La hepatitis aguda es una entidad que puede llegar a requerir trasplante hepático o incluso causar la muerte del paciente, por lo que su estudio etiológico es esencial. Paciente de 29 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin en remisión que acude por fiebre y malestar. En el análisis de sangre destaca Hb 15.3, leucocitos 12.530, plaquetas 33000, INR 1.73, ALT 1157, AST 2223, Br 1.5, FA 177. En el TC abdominal, ganglios aumentados en número pero no en tamaño y datos de hepatopatía crónica e hipertensión portal. A lo largo del ingreso desarrolla ascitis, trombopenia severa con epistaxis, precisando transfusiones. Ante la evolución incierta, sus antecedentes hematológicos y la ausencia de diagnóstico preciso, se realiza biopsia hepática, con datos de hepatitis aguda leve viral. Posteriormente el paciente mejora progresivamente, desapareciendo la ascitis y la trombopenia. Se realiza estudio de hepatopatía completo, destacando la presencia de más de 5000 copias del VEB, siendo el resto negativo. El VEB causa hepatitis aguda en el 5%, con casos aislados de hepatitis fulminante descritos en la literatura, siendo lo más frecuente la mononucleosis infecciosa.

CORRESPONDENCIA: diaz.ruiz.r@gmail.com

24.

TRATAMIENTOS LIBRES DE INTERFERÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C: PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Ramos Rosario HA, Badia Aranda E, Bernad Cabredo B, Gómez Camarero J, Sáez-Royuela F

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

INTRODUCCIÓN

La hepatitis crónica C (HCC) es una importante causa de hepatopatía, su curación reduce la morbilidad y mortalidad hepáticas. Los tratamientos con interferón (INF) conseguían bajas tasas de respuesta viral sostenida (RVS) e importantes efectos adversos. Recientemente se han desarrollado terapias libres de INF, con altas tasas de RVS.

OBJETIVOS

Describir la eficacia de las terapias libres de INF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo que analiza los datos de pacientes con HCC tratados con terapias libres de INF, valorando la RVS4.

RESULTADOS

Se han tratado 107 pacientes, 35% con sofosbuvir (SOF) + simeprevir (SMV), 20% con SOF + daclatasvir (DCV), 17% con SOF/ledipasvir, 4,5% con SMV + DCV, 5.5% con SOF + ribavirina (RBV), 18% con ombitasvir/paritaprevir/ritonavir +/- dasabuvir con una duración media de 12 semanas. Se añadió RBV a 61 pacientes. En los resultados disponibles, la tasa de carga viral indetectable al final del tratamiento es de 98%. Y la tasa de RVS4 es de 93%.

CONCLUSIÓN

Según resultados preliminares, parece que las nuevas terapias libres de IFN presentan una alta tasa de respuesta en nuestros pacientes.

CORRESPONDENCIA: halexisramos@gmail.com
