



XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 11-12 de marzo de 2010

SESIÓN PÓSTER

Trastornos funcionales digestivos

CORRELACIÓN ENTRE LAS PRESIONES DEL CANAL ANAL, LA SENSIBILIDAD RECTAL Y LA ESCALA DE WEXNER

C. Ciriza de los Ríos^a, E. Tomás Moros^b, F. García Durán^b, T. Muñoz Yagüe^a, F. Canga Rodríguez-Valcárcel^a, G. Castellano Tortajada^a

^aGastroenterología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

^bGastroenterología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es una de las entidades más devastadoras que puede afectar a la imagen personal y a la calidad de vida. A veces la relación entre los síntomas y la disfunción ano-rectal y del suelo pélvico no está clara. Hay diversas escalas para determinar la gravedad de la IF, siendo la escala de Wexner una de las más utilizadas.

Objetivo: Evaluar si las presiones del canal y la sensibilidad rectal se correlacionan con la gravedad de la IF según la escala de Wexner y determinar qué aspectos de la escala se asocian con los parámetros manométricos y la sensibilidad rectal.

Material y métodos: Se incluyeron 94 pacientes con IF, que no habían recibido tratamiento previo de la misma, desde marzo de 2004 al enero de 2008. A todos ellos se les realizó colonoscopia o enema opaco para excluir organicidad. La manometría se realizó con un equipo de perfusión mediante la técnica de retirada estacionaria. Para el estudio de la sensibilidad rectal se utilizó la técnica de insuflación intermitente

tráica. Se obtuvieron la primera sensación, la sensación de urgencia y el máximo volumen tolerado (MMT). La escala de Wexner se utilizó para determinar la gravedad de la IF. Análisis estadístico: Test de Mann Whitney y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La correlación entre las presiones y longitud del canal anal, la sensibilidad rectal y la escala del Wexner se expresa en la tabla. Cuando los distintos aspectos de la escala de Wexner fueron analizados se encontró asociación entre la presión de reposo, el escape de heces sólidas frecuente ($p < 0,01$) y la necesidad de utilizar medidas de contención ($p < 0,05$) y entre la presión de máxima contracción voluntaria (PMCV), el escape de heces sólidas frecuente ($p < 0,05$) y la necesidad de utilizar medidas de contención ($p < 0,01$). Se encontró asociación entre la necesidad de utilizar medidas de contención y el MMT ($p < 0,05$). No se encontró asociación entre las presiones y la sensación rectal y el escape de heces líquidas. Se encontró asociación entre la duración de la máxima contracción voluntaria (DMCV) y el escape de gas ($p < 0,05$).

Conclusiones: La PMCV, la DMCV y el MMT desempeñan un papel importante en la fisiopatología y la gravedad de la IF. Las presiones bajas del canal anal se asocian con el "escape frecuente de heces sólidas" o la "necesidad de utilizar medidas de contención" con frecuencia pero no con el "escape de heces líquidas", lo que sugiere que las presiones no son el único factor determinante en la incontinencia a heces líquidas. La duración de la contracción voluntaria puede jugar un papel importante en el control de la incontinencia a gases.

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA MEJORA LA MAYORÍA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES PRESENTES ANTES DE LA CIRUGÍA. SIN EMBARGO, SE ASOCIA A LA APARICIÓN DE CONSTIPACIÓN Y DISNERGIA ANO-RECTAL

B. Gras Miralles^a, L. Ilzarbe Sánchez^a, J.M. Ramón Moros^b, A. Goday Arnó^c, M.C. Romero^a, J. Muñoz Galitó^a, I.A. Ibáñez Zafón^a, A. Castells Valdeperas^a, F. Bory Fós^a, S. Delgado-Aros^a

^aNeuro-Enteric Translational Science (NETS) research group, Servei Digestiu, IMIM- Hospital del Mar, Barcelona. ^bServei de Cirurgia y ^cServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: Algunos trastornos gastrointestinales parecen ser más frecuentes en sujetos obesos (reflujo, dolor abdominal, dia-

Correlación entre la manometría y la escala de Wexner

	N	r	p-valor	Significación
Presión de reposo	94	-0,146	0,160	NS
Longitud	94	-0,030	0,776	NS
PMCV	94	-0,321	0,002	$p < 0,01$
DMCV	94	-0,225	0,030	$p < 0,05$
Primera sensación	94	0,030	0,777	NS
Sensación urgencia	94	-0,016	0,882	NS
MMT	94	-0,227	0,028	$p < 0,05$

NS: no significativo

rra...). La cirugía bariátrica induce pérdida ponderal y mejora algunas de las comorbilidades de la obesidad. No obstante, se desconoce su efecto sobre estos trastornos o si podría inducir síntomas postprandiales.

Objetivo: Evaluar si los síntomas gastrointestinales crónicos y los síntomas postprandiales en sujetos obesos se modifican después de la cirugía bariátrica.

Métodos: Pacientes derivados a la Unidad de Obesidad Mórbida de nuestro hospital con indicación de cirugía bariátrica. Antes y 6m después de la cirugía se evaluó: 1-Prevalencia de síntomas gastrointestinales crónicos (presentes al menos pasado año) y de aparición frecuente (≥ 1 vez/semana) mediante un cuestionario validado y 2-Intensidad (EAV-10 cm) de hambre, plenitud, náuseas, distensión y dolor abdominal, 30 minutos después de un test de saciedad estándar. En este test los pacientes beben un nutriente (Ensure®: 1 Kcal/ml) a velocidad constante (30 ml/min) hasta que alcanzan la saciedad máxima. Medimos la ingesta calórica y, 30 minutos después de terminar la ingesta, los síntomas mencionados arriba.

Resultados: Desde mayo 2007 a marzo 2009, 32 sujetos (17 bypass-gástricos y 15 sleeve-gastreotomies) completaron el estudio (26M 6H; 44 ± 10 años, $IMC 44 \pm 4$ kg/m²). Después de la cirugía, la capacidad de ingesta disminuyó un $68 \pm 12\%$ (-966 ± 295 Kcal) y el peso un $31 \pm 7\%$ (-35 ± 10 Kg). La ansiedad ($p = 0,003$), depresión ($p < 0,0001$) y calidad de vida ($p = 0,003$) también mejoraron significativamente. Los síntomas más frecuentemente referidos en el cuestionario antes de la cirugía fueron: distensión (60% de pacientes), dolor abdominal (44%), regurgitación (44%), pirosis (41%), epigastralgia (35%), diarrea (38%) e incontinencia fecal (33%). Después de la cirugía disminuyó significativamente el número de pacientes que referían regurgitación (20% $p = 0,02$), pirosis (9,5% $p = 0,001$), epigastralgia (14% $p = 0,03$), diarrea (19% $p = 0,07$) e incontinencia fecal (14% $p = 0,04$). Sin embargo, aumentaron los que referían náuseas (de 17 a 38% $p = 0,03$), dolor abdominal (de 44 a 67% $p = 0,04$), estreñimiento (de 24 a 48% $p = 0,02$) y disnergia ano-rectal (de 24 a 48% $p = 0,02$). Los niveles de hambre, plenitud y del resto de síntomas evaluados 30 minutos después de acabar una comida saciante fueron similares antes y después de la cirugía.

Conclusión: La cirugía bariátrica (bypass-gástrico/sleeve-gastreotomy) no induce síntomas postprandiales y mejora muchos de los trastornos digestivos frecuentemente referidos por estos pacientes. La frecuente aparición de estreñimiento/disnergia ano-rectal después de la cirugía bariátrica sugiere que estos pacientes podrían necesitar consejo/tratamiento específico para evitar las complicaciones asociadas.

Páncreas y vías biliares

COLECCIONES ASOCIADAS A PANCREATITIS AGUDA, HISTORIA NATURAL EN FUNCIÓN DE SU ASOCIACIÓN CON NECROSIS PANCREÁTICA

J. Pérez-López^a, E. de-Madaria^a, G. Soler^a, L. Gómez-Escolar^a, L. Sempere^a, J. Martínez^a, J.R. Aparicio^a, S. Gil^b, F. Lluís^c, M. Pérez-Mateo^a

^aUnidad de Gastroenterología. ^bSección de Radiología Intervencionista. ^cServicio de Cirugía General. Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La clasificación de las colecciones abdominales asociadas a pancreatitis aguda (PA) en colecciones agudas y pseudoquistes (clasificación de Atlanta) ha quedado obsoleta. Recientemente se ha propuesto clasificar las colecciones según su asociación o no con la necrosis pancreática ya que su historia natural y su

manejo parecen ser diferentes. No se ha publicado ningún estudio que valore la incidencia ni la historia natural de las colecciones teniendo en cuenta su asociación con la necrosis pancreática.

Objetivo: Estudiar la historia natural de los diferentes tipos de colecciones abdominales secundarias a PA.

Pacientes y métodos: Sobre la cohorte de pacientes con PA ingresados en nuestra Unidad entre diciembre de 2007 y mayo de 2009 (datos clínicos prospectivos), análisis retrospectivo de las pruebas de imagen realizadas durante el ingreso y en consultas externas. Se definió Colección Aguda (CA) a aquella colección entre diafragma y suelo pélvico sin contacto con necrosis pancreática. Se definió Colección Aguda Asociada a Necrosis (CAAN) a toda colección en contacto o que evoluciona de una necrosis pancreática definida según la clasificación de Atlanta. Se consideró pseudoquiste (PSQ) a toda CA que persistía más de 4 semanas y Necrosis Pancreática Organizada (NPO) a toda CAAN que superaba el mismo periodo.

Resultados: Se incluyeron 159 episodios de PA, 27% grave según la clasificación de Atlanta, con 2,5% mortalidad. La etiología fue en 54% biliar, 15% alcohol y 31% otras. En 11,9% se detectó necrosis pancreática. Del total de episodios, 52 (32,7%) tuvieron algún tipo de colección. Se diagnosticaron 83 colecciones: 60 (72,3%) CA, de las cuales 22 (36,7%) persistieron como PSQ (9 pacientes (15%) se perdieron del seguimiento o fallecieron), y 20 (24,1%) CAAN, de las cuales 14 (87,5%) persistieron como NPO (4 pacientes (20%) se perdieron del seguimiento o fallecieron). En 3 casos (3,6%) no se pudo clasificar la colección por ausencia de contraste en el TAC. El tamaño máximo de las colecciones no asociadas a necrosis fue 3 (2,3-6) cm, frente a 7,8 (4,3-11,4) cm de las asociadas a necrosis, $p < 0,01$. En el análisis de Kaplan-Meier la mediana de desaparición de las colecciones no asociadas a necrosis fue 70 días frente a 313 días de las asociadas a necrosis ($p < 0,01$). De las colecciones no asociadas a necrosis 1 (1,8%) precisó tratamiento invasivo frente a 5 (26,3%) de las asociadas a necrosis, $p < 0,01$.

Conclusiones: En nuestra muestra un tercio de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollaron colecciones. Las colecciones asociadas a necrosis son menos frecuentes que las no asociadas a necrosis, pero alcanzan mayor tamaño, persisten más tiempo y precisan más frecuentemente tratamientos invasivos.

ESTUDIO DE LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS SOLUBLES EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

L. Espinosa, P. Muñoz, A. Bejerrano, C. López, A. Sánchez, R. Moreno-Otero, J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio con distintas formas de presentación clínica. Un 30% de los casos puede tener una evolución desfavorable. Se ha demostrado que existen factores angiogénicos que están involucrados en la fisiopatología de distintos trastornos inflamatorios, y es muy probable que lo estén también en la patogenia de la PA.

Objetivo: Determinar si los factores angiogénicos están elevados en pacientes con PA, estudiar su relación con la gravedad y la evolución clínica de la PA y determinar la utilidad de los factores angiogénicos como marcadores pronósticos de la PA.

Métodos: Se realizó un estudio de casos (25) y controles (30). Los pacientes con PA fueron clasificados según su gravedad (medida en las primeras 48 horas utilizando las escalas de Ranson y Glasgow) en pacientes con PA leve o grave, y según su evolución clínica (en función de la aparición de complicaciones e independientemente de la gravedad inicial marcada por las escalas de Ranson y Glasgow) en pacientes con buena o mala evolución clínica. Se determinaron mediante ELISA (Quantikine kit, R&D Systems) los siguientes factores angiogénicos: PDGFBB, Ang-1, Ang-2, Tie-2, HGF, VEGFA, VEGFR1 y VEGFR2, a las 12 horas y a los 5 días del ingreso hospitalario.

Resultados: Los niveles de PDGFBB, Ang-2, Tie-2 y HGF fueron significativamente mayores en los casos que en los controles ($p < 0,001$) y en los pacientes con una peor evolución clínica de la PA que en los que evolucionaron favorablemente ($p < 0,001$). Los niveles de PDGFBB y HGF estaban significativamente más elevados en los pacientes con PA grave que en los pacientes con PA leve ($p < 0,05$). Para predecir una mala evolución clínica de la PA durante el ingreso hospitalario, PDGFBB, Ang-2 y HGF mostraron un área bajo la curva ROC de 0,97.

Conclusiones: PDGFBB y HGF están relacionados con la gravedad de la PA. Además, junto con Ang-2, se relacionan con la evolución clínica durante el ingreso hospitalario. PDGFBB, Ang-2, Tie-2 y HGF son útiles como predictores de la gravedad y, sobre todo, de la aparición de complicaciones durante el ingreso. Por tanto, estos factores angiogénicos podrían ser útiles como marcadores pronósticos de la PA.

INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA EN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES LOCALES Y EVOLUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA

I. Pascual, G. Pacheco, J. Lizarraga, R. Añón, P. Mas, P. Almela, P. Vázquez, A. Garaioa, M. Mínguez, A. Benages

Introducción: Se ha supuesto y, algunos estudios sugieren, que existen diferencias respecto a la frecuencia de complicaciones locales y evolución en función del factor etiológico de la pancreatitis aguda.

Objetivo: Analizar la frecuencia de complicaciones locales, evolución y resultados en pacientes con pancreatitis aguda en función de su etiología.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye todos los pacientes ingresados por un primer episodio de pancreatitis aguda (PA) entre enero del 2000 y febrero del 2008. Se excluyeron aquellos con pancreatitis crónica y los episodios recurrentes de PA. A todos los pacientes ingresados por PA se les realizó TC abdominal con contraste iv a las 48-96 horas del ingreso (clasificación de gravedad de Balthazar). Se analizaron los siguientes datos: etiología, edad, sexo, la presencia de complicaciones locales y/o sistémicas según la clasificación de Atlanta, ingreso en UCI, tiempo de estancia hospitalario y mortalidad. La gravedad se estableció según la clasificación de Atlanta.

Resultados: Se incluyeron 791 pacientes. La etiología de la PA fue biliar (PAB) en 557 pacientes (70,4%), alcohólica (PAA) en 105 (13,3%) y miscelánea (PAM) en 129 (idiopática en 66 pacientes, secundaria a hipertrigliceridemia en 15, post-CPRE en 13 y otras causas en 35). La edad media de los pacientes con PAA ($45,6 \pm 11,4$ años) era menor ($p < 0,001$) que la de los pacientes con PAB ($66,3 \pm 16,6$ años) y que el grupo de PAM ($58,3 \pm 18,1$ años). La tasa de mortalidad global fue de 3,3% (26 muertes), 10 de ellas ocurrieron durante las primeras 48 horas (estos pacientes fueron excluidos para el análisis de las complicaciones locales). La PAA se asoció ($p < 0,001$) con mayor gravedad en el TC (grados D-E Balthazar). Los pacientes con PAA presentaron con mayor frecuencia ($p < 0,05$) complicaciones locales, necrosis y pseudoquistes que los pacientes con PAB. No hubo diferencias entre los 3 grupos etiológicos respecto a la presencia de complicaciones sistémicas (5,6% en PAB, 5,8% en PAA y 7,6% en PAM). La PAA fue grave con mayor frecuencia que la PAB (31,1% vs 19,9% $p < 0,05$). No hubo diferencias respecto a la mortalidad entre los pacientes con PAA (3,9%) y PAB (2,5%); la mor-

talidad fue mayor en el grupo de PAM (6,1%), principalmente debido a la PA post-CPRE y post-quirúrgica. El ingreso en UCI fue más frecuente en la PAA que en la PAB (12,6% vs 4,5% $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con PAA tienen mayor incidencia de necrosis y pseudoquistes que los pacientes con PA de otras etiologías. No hay diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes con PAA y PAB, quizás condicionado a la menor edad de los pacientes con PA alcohólica.

INFLUENCIA DE LA FLUIDOTERAPIA EN EL PRONÓSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA, UN ESTUDIO PROSPECTIVO

E. de-Madaria^a, G. Soler^a, P. Zapater^b, J. Martínez^a, L. Gómez-Escobar^a, L. Sempere^a, I. López-Font^a, C. Sánchez-Fortún^a, M. Pérez-Mateo^a

^aSección de Gastroenterología. ^bServicio de Farmacología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: Apesar de que en la mayor parte de guías de práctica clínica y revisiones sobre pancreatitis aguda (PA) se recomienda una fluidoterapia agresiva en los primeros días de ingreso, no hay una evidencia directa de calidad que la apoye (ausencia de estudios prospectivos).

Objetivo: Valorar la influencia de la fluidoterapia en los primeros 3 días de ingreso en el pronóstico de la PA.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, inclusión de todo paciente adulto con PA ingresado en nuestra unidad. Definición de gravedad, complicaciones locales y fallo orgánico (FO) según la clasificación de Atlanta.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes. La administración de < 2.500 ml en las primeras 24 horas se asoció a mayor FO [RR 2,9 (IC95%1,3-6,9)] y mortalidad [RR 9,8 (IC95%2,3-41,3)]. La administración de fluidos deficiente en el primer día respecto al global de los primeros 3 días ($< 29\%$ del total) se asoció a necrosis pancreática [RR 2,6 (IC95%1,4-5,2)], FO [RR 5,5 (IC95%2,4-12,6)] y mortalidad (17,9 vs 0%, $p < 0,001$). Un aporte excesivo de fluidos en las primeras 24h (> 4.000 ml) y primeros 3 días (> 11.900 ml) se asoció a complicaciones locales, insuficiencia respiratoria e intubación orotraqueal ($p < 0,05$).

Conclusiones: La administración de una fluidoterapia escasa en las primeras 24 horas de ingreso por PA se asocia a peor pronóstico. Un aporte excesivo de fluidos aumenta la incidencia de complicaciones respiratorias.

LA COMBINACIÓN DE CITOLOGÍA Y LA DETECCIÓN DE ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS POR HIBRIDACIÓN IN SITU FLUORESCENTE EN LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS NO MEJORA EL DIAGNÓSTICO

J. Martínez^a, R. Laveda^b, J.R. Aparicio^a, A. Cabezas^c, G. Peiró^c, F. Ruiz^a, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva y ^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante. ^bSección de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de San Juan, Alicante

Objetivo: Determinar el valor diagnóstico de la citología en muestras de masas sólidas pancreáticas obtenidas por USE-PAAF.

	PAB n = 553 (%)	PAA n = 103 (%)	PAM n = 125 (%)
Grados D-E Balthazar	95 (17,2)	50 (48,5)	31 (24,8)
Complicaciones locales	77 (13,9)	29 (28,7)	20 (15,7)
Necrosis	47 (8,5)	17 (16,8)	14 (11,2)
Pseudoquistes	52 (9,4)	24 (23,8)	12 (9,4)
Absceso	14 (2,5)	4 (3,9)	5 (4)
Necrosis infectada	7 (1,3)	3 (2,9)	5 (3,9)

Evaluar si el análisis por FISH en el material obtenido incrementa dicho valor diagnóstico.

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes remitidos para USE-PAAF con masa sólida pancreática. Se estudiaron las alteraciones de los cromosomas 3, 7, 17 y del locus 9p21 por técnicas de FISH (UroVysion Bladder Cancer kit; VYSIS). Las señales se analizaron en ≥ 20 núcleos no superpuestos. Positividad: delección del locus 9p21 y/o ganancias de $> 2,2$ cromosomas (aneusomía) en $> 20\%$ de células. El diagnóstico final se obtuvo mediante la pieza quirúrgica o el seguimiento.

Resultados: 33 pacientes (19 hombres, $62,55 \pm 10,49$ años). Tamaño de la lesión: 2,6 cm (rango 0,5-6). Diagnóstico definitivo: adenocarcinoma 23, masa inflamatoria 10 [obtenido por cirugía 11 pacientes, seguimiento evolutivo 22 (seguimiento medio: 5 meses)]. Precisión de citología para el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático: S 87% E 100% VPP 100% VP 76,9%. La adición del análisis por FISH no modificó esta precisión diagnóstica.

Conclusiones: La precisión diagnóstica de la citología en muestras obtenidas con USE-PAAF para el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático en nuestro medio es elevada. La combinación de ésta con el análisis por FISH en dichas muestras no aporta una mejora en la precisión diagnóstica.

Patología esófago estómago duodeno

EFFECTO DE LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN LA ANEMIA FERROPÉNICA: METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

O.P. Nyssen, A.G. McNicholl, J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Introducción: Recientemente se ha observado, en varios ensayos clínicos aleatorizados, la resolución de la anemia ferropénica tras la erradicación de la infección por *H. pylori*.

Objetivo: Revisar sistemáticamente el efecto de la erradicación de *H. pylori* sobre la hipoferritinemia y la anemia ferropénica, y realizar un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados que comparan el tratamiento erradicador de *H. pylori* y la administración de hierro.

Métodos: Selección de estudios: Ensayos clínicos aleatorizados que comparan el tratamiento erradicador de *H. pylori* (junto con hierro) vs la administración aislada de hierro para el tratamiento de la anemia ferropénica/hipoferritinemia. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual. Síntesis de los datos: Metaanálisis combinando los resultados del incremento de hemoglobina y ferritina y calculando la diferencia estándar de la media (DEM).

Resultados: En cinco estudios se comparó el incremento de los niveles de hemoglobina obtenido tras el tratamiento erradicador de *H. pylori* (junto con hierro) y tras la administración de hierro aisladamente en pacientes con anemia ferropénica, demostrándose una mayor eficacia en el grupo del tratamiento erradicador (DEM = 3,81; IC95% = 0,39-7,23); sin embargo, 2 estudios no pudieron demostrar este efecto beneficioso del tratamiento antibiótico. Por otro lado, en 4 estudios se comparó el incremento de las concentraciones de ferritina sérica tras el tratamiento erradicador de *H. pylori* y tras la administración de hierro en pacientes con anemia ferropénica, demostrándose, de nuevo, una mayor eficacia en el grupo de terapia erradicadora (DEM = 7,17; IC95% = 2,98-11,37). Los resultados fueron marcadamente heterogéneos en todas las comparaciones.

Conclusiones: Algunos estudios han demostrado una resolución de la anemia ferropénica tras la erradicación de la infección por *H. pylori*, y el metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados muestra que la erradicación de *H. pylori* (junto con hierro) es más efectiva que la administración aislada de hierro para el tratamiento de la hipoferritinemia o de la anemia ferropénica. Sin embargo, estos datos deberían interpretarse con extrema cautela, debido a la notable heterogeneidad existente entre los estudios.

EFFECTO DEL FIN DE SEMANA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO LIGADA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HDANHP). ANÁLISIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

P. Almela, R. Antón, A.G. Bolos, M. Bañuls, J. Tosca, M.M. Bosca, R. Villagrasa, J. Lizarraga, A. Rodríguez, J.M. Santiago, A. Benages

Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario, Universitat de València, Valencia

Introducción: Se ha postulado recientemente (Ananthakrishnan et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:296-302. Shaheen et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:303-10) que los pacientes atendidos en un hospital por HDANHP durante el fin de semana presentan mayor mortalidad con mayor estancia hospitalaria ("efecto fin de semana").

Objetivo: Analizar la mortalidad y estancia hospitalaria de pacientes con HDANHP atendidos en fin de semana/días festivos vs aquellos que lo fueron en días laborales.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo durante 4 años (2005-2008) de todos los pacientes atendidos por nuestro Servicio con un protocolo diagnóstico-terapéutico que incluye la endoscopia (< 24 horas). Se han incluido 832 pacientes (mediana 69 y rango 16-103 años), integrado por 532 hombres y 300 mujeres. Los pacientes se han dividido en dos grupos: A) atendidos durante el fin de semana/días festivos y B) atendidos durante los días laborales; en primer

	Fin semana/ festivos	Días laborales	p
Hombres (%)	63,9	63,9	0,994
Edad	62,6 \pm 19,3	63,8 \pm 19,4	0,416
Comorbilidad (Charlson $>$ 0) (%)	59,9	61,8	0,620
Tiempo evolución HDA (hrs)	39,4 \pm 46,8	45,8 \pm 59,6	0,153
Deterioro hemodinámico grave (%)	6,30	5,24	0,554
Tratamiento endoscópico (%)	34,2	29,8	0,225
Necesidad de transfusión (%)	28,3	33,2	0,180
Cirugía (%)	1,8	2,3	0,661
Control ambulatorio (%)	40,5	41,1	0,875
Recidiva hemorrágica (%)	3,1	3,6	0,752
Forrest III (%)	46,3	54,7	0,465
Úlcera péptica (%)	40,7	45,8	0,212
Alto riesgo score Rockall (%)	64,6	65	0,986

lugar tendremos que demostrar que las distintas variables (sexo, edad, comorbilidad, tiempo de evolución de la hemorragia, estado hemodinámico a la admisión, lesiones endoscópicas, clasificación de Forrest, tratamiento endoscópico, necesidad de transfusión, cirugía urgente, hospitalización o control ambulatorio, recidiva hemorrágica y score de riesgo de Rockall) son similares en ambos grupos de pacientes. Como variables de resultado se han tomado: mortalidad directamente relacionada con HDANHP, mortalidad hasta 30 días del episodio y estancia hospitalaria. Para el análisis entre grupos se ha utilizado el estadístico chi-cuadrado y la t de Student; se ha tomado como límite de significatividad estadística una $p < 0,05$.

Resultados: Durante los días laborales se han atendido 610 pacientes (73,1%), mientras que durante los fines de semana/días festivos lo han sido 222 pacientes (26,6%). No existen diferencias significativas en variable alguna (tabla). La mortalidad intrahospitalaria ha sido de 24 pacientes (2,88%) (6 pacientes atendidos en fin de semana/días festivos vs 18 pacientes en días laborales, $p = 1$), la mortalidad total (hasta 30 días) ha sido de 41 pacientes (4,92%) (9 atendidos en fin de semana/festivos vs 32 pacientes en días laborales, $p = 0,588$) y la estancia de los pacientes hospitalizados ha sido de $5,4 \pm 4,7$ días ($5,4 \pm 4,4$ en el grupo A vs $5,5 \pm 5,9$ en el grupo B, $p = 0,873$).

Conclusiones: En nuestro hospital no se observa el “efecto fin de semana” en los pacientes con HDANHP.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO TÍPICA: ¿SÓLO PIROSIS Y REGURGITACIÓN?

F. Mearin^a, J. Ponce^{b,c}, M. Ponce^{b,c}, A. Balboa^a, M.Á. González^d, J. Zapardiel^d

^aServicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon, Barcelona. ^bServicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBER-EHD). ^dDepartamento Médico Astra-Zeneca España

Introducción: Los síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son la pirosis y la regurgitación, pero en muchos casos existen otros síntomas acompañantes.

Objetivo: Evaluar la frecuencia con la que se asocian los síntomas supraesofágicos y dispépticos a los típicos de ERGE, y conocer su repercusión sobre la calidad de vida y la respuesta terapéutica.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional realizado en 301 pacientes que consultaban a especialistas de Aparato Digestivo por síntomas típicos de ERGE. Se realizó un interrogatorio dirigido para identificar síntomas digestivos altos y se evaluó la calidad de vida mediante los cuestionarios SF-12 y QoLRAD. Los pacientes fueron tratados con IBP según las recomendaciones de la guía de práctica clínica de la AEG.

Resultados: El 99% aquejaba pirosis (78% pirosis nocturna), el 86% regurgitación y el 85% ambos; el 1% sólo regurgitación. En el 91% se asociaban síntomas dispépticos y en el 58% supraesofágicos. Los síntomas fueron graves/ muy graves en el 56% para la pirosis, 35% para la regurgitación y 34% para la pirosis nocturna. Uno de cada 6 pacientes tenía disfagia: de ellos 14% grave/ muy grave. El 52% de los pacientes eligió la pirosis como el síntoma más molesto, el 20% el dolor torácico, el 8% la regurgitación, el 6% el dolor epigástrico y el 3% la pirosis nocturna. Así, el síntoma más molesto fue uno típico de ERGE en el 64% uno supraesofágico en el 23% uno de dispepsia en el 10%. La presencia de síntomas supraesofágicos y/ o dispépticos se asoció con peor calidad de vida (de acuerdo al SF-12 y QoLRAD). Después del tratamiento el 93% de los pacientes no tenían pirosis ni el 87% regurgitación. La tasa de respuesta fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en los pacientes con pirosis nocturna (96% vs 86%) o regurgitación (95% vs 83%), mientras que la

asociación de síntomas supraesofágicos o dispépticos no influyó.

Conclusiones: En los pacientes con síntomas típicos de ERGE que consultan a especialistas de Aparato Digestivo la asociación de síntomas supraesofágicos y/ o dispépticos es muy frecuente y empeora la calidad de vida. Sin embargo, su asociación no altera la respuesta terapéutica a los IBP.

EPIDEMIOLOGÍA Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELIACA DEL ADULTO

F. García Durán^a, V. Castellano^b, E. Tomas Moros^a, J.A. Carneros^a, C. Ciriza^c, P. Valer^a, B. Figueras^a, C. Villa^a, F. Bermejo^a, I. Guerra^a, J. Rodríguez Agulló^a

^aServicio de Aparato Digestivo, ^bAnatomía Patológica, Hospital de Fuenlabrada. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una patología muy frecuente siendo la sospecha clínica fundamental a la hora de establecer el diagnóstico.

Pacientes y métodos: Analizar los pacientes diagnosticados de EC en los últimos 5 años en el H. de Fuenlabrada, distribuyéndolos en dos grupos, celiaca del adulto (≥ 15 años) (ECA) y celiaca pediátrica (< 14 años) (ECP), evaluando los síntomas de sospecha, el grado de lesión histológica (GLH) según la clasificación de Marsh (M) modificada (Oberhuber) y datos epidemiológicos. El grado de lesión histológica se dividió en dos grupos: grupo de poca lesión (PL) (M I o M II) y mucha lesión histológica (ML) (M IIIA, III B, III C o IV). Se evaluó en un grupo de pacientes con ECA tomados al azar el número de linfocitos intraepiteliales (LIE) por un único patólogo. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, test de Leven y prueba t para igualdad de medias.

Resultados: 166 pacientes han sido diagnosticados de EC, 80 (48,2%) ECP y 86 (51,8%) ECA. La edad media al diagnóstico en ECA fue de $38,56 \pm 13,8$ (16-76) años, (64 (74,4%) mujeres y 22 (25,6%) varones). En la ECP 48 (60%) fueron mujeres y 32 (40%) hombres y su edad media $2,42 \pm 2,3$ (1-11) años. El GLH de los dos grupos de edad puede verse en las tablas 1 y 2. Los síntomas de sospecha en la ECA fueron en 37 (43%) diarrea 32 (37,2%) anemia, 12 (14%) dispepsia, 11 (12,8%) APH, 7 (8,1%) tenían AF de 1er grado de EC, 6 (7%) pérdida de peso y 3 (3,5) dermatitis herpetiforme 62 (72,1%) presentaron un síntoma de sospecha, 22 (25,6) 2 síntomas y 1 (1,2%) 3 síntomas. Los pacientes con ML presentaron anemia con más frecuencia (44,9% vs 5,8% $p = 0,003$). Existió un mayor porcentaje de mujeres diagnosticadas de ECA adulta respecto a ECP (74,41% vs 60% $p = 0,004$). Los pacientes con ECA y anemia eran mayores (42,56 vs 36,19 años, $p < 0,005$). No existieron diferencias respecto a la edad de los pacientes con ECA y las formas de presen-

Tabla 1. Clasificación de Marsh-Oberhuber

Marsh-Oberhuber	ECA	ECP
M I	14 (16,3%)	1 (1,3%)
M II	3 (3,5%)	0
M IIIA	32 (37,2%)	26 (32,5%)
M IIIB	24 (27,9%)	35 (43,8%)
M IIIC	13 (15,1%)	18 (22,5%)
M IV	0	0

Tabla 2. Grado de lesión

Grado de lesión histológica	ECA	ECP	p
Poca lesión	17 (19,8%)	1 (1,3%)	$p < 0,005$
Mucha lesión	69 (80,2%)	79 (98,8%)	

tación. El 33% de las mujeres con ECA tuvieron más de 1 síntoma frente al 9% de los hombres ($p = 0,02$). La media de LIE fue de $43,10 \pm 9,08$ (21-61). El número de LIE en los pacientes con anemia fue mayor que aquellos que no la tenían ($47,85 \pm 6,03$ vs $39,25 \pm 9,46$, $p = 0,009$). No existieron diferencias respecto al resto de síntomas de sospecha de la ECA, edad o GLH.

Conclusiones: 1. Más del 50% de los pacientes diagnosticados de EC lo es en la edad adulta. 2. El grado de lesión histológica es menor en los pacientes con ECA respecto a la ECP. 3. Los pacientes con ECA de más tiempo de evolución asocian anemia con mayor frecuencia. 4. Las mujeres con ECA presentan mayor sintomatología que los hombres. 5. Los pacientes con anemia presentaron mayor número de LIE.

ERRADICACIÓN DE H. PYLORI Y PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA HEMORRÁGICA POR ÚLCERA PÉPTICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL A LARGO PLAZO EN 800 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, X. Calvet^b, F. Feu^c, F. Bory^d, A. Cosme^e, P. Almela^f, S. Santolaria^g, R. Aznárez^h, M. Castroⁱ, N. Fernández^j, R. García-Grávalos^k, N. Cañete^l, A. Benages^m, M. Montoroⁿ, F. Bordh^o, A. Pérez-Aisa^p, J.M. Riqué^q

Servicios de Gastroenterología: ^aHospital de la Princesa, Madrid. ^bHospital de Sabadell, Barcelona. ^cHospital Clínic, Barcelona. ^dHospital del Mar, Barcelona. ^eHospital de Donostia, San Sebastián. ^fHospital Clínic, Valencia. ^gHospital San Jorge, Huesca. ^hHospital de Navarra, Pamplona. ⁱHospital de Valme, Sevilla. ^jHospital Costa del Sol, Málaga

Introducción: La erradicación de *H. pylori* se asocia con una drástica reducción de las recidivas ulcerosas.

Objetivo: Evaluar la incidencia de recidiva hemorrágica por úlcera péptica tras la erradicación de *H. pylori* y comprobar que el tratamiento de mantenimiento con antisecretores no es necesario una vez que se ha confirmado la desaparición del microorganismo, presentándose los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con hemorragia digestiva por úlcera gastroduodenal. La ingesta previa de AINE no se consideró criterio de exclusión. La infección por *H. pylori* se confirmó por test rápido de ureasa, histología o prueba del aliento con 13C-urea. Se administraron diversos tratamientos erradicadores (generalmente un inhibidor de la bomba de protones junto con dos antibióticos durante 7-10 días). Posteriormente se administraron antisecretores (antagonistas H2) hasta confirmar la erradicación de *H. pylori* (mediante prueba del aliento a las 4-8 semanas), tras lo cual ya no se prescribió fármaco alguno. Cuando fue necesario se administraron varios tratamientos consecutivos hasta lograr la erradicación de *H. pylori*. Se realizaron controles clínicos anuales. Se recomendó evitar la ingesta de AINE durante el seguimiento.

Resultados: Hasta este momento, 800 pacientes han completado al menos 1 año de seguimiento, con un total de 2.308 pacientes-año de seguimiento. La edad media fue de 57 años, el 76% eran varones y el 38% habían recibido AINE previamente al sangrado. El 70% tenía una úlcera duodenal, el 26% gástrica y el 4% pilórica. Se observaron 2 episodios de recidiva hemorrágica al año de seguimiento (en ambos casos tras la ingesta de AINE), y otros 2 episodios a los 2 años (uno tras la ingesta de AINE y otro tras la reinfección por *H. pylori*). La incidencia de resangrado fue del 0,17% por paciente-año de seguimiento.

Conclusiones: La desaparición de *H. pylori* elimina la práctica totalidad de las recidivas hemorrágicas por úlcera péptica, por lo que tras su erradicación no es preciso administrar tratamiento de mantenimiento con antisecretores. No obstante, la ingesta de AINE

o la reinfección por *H. pylori* pueden originar una recidiva hemorrágica en los pacientes en los que previamente se ha erradicado la infección.

GÉNERO Y ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS, MANOMÉTRICAS Y PHMÉTRICAS EN 537 PACIENTES

P. Más, P. Almela, M. Mínguez, I. Pascual, F. Mora, A. Benages

Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario, Universitat de València, Valencia

Objetivo: Analizar las diferencias clínicas, endoscópicas, pHmétricas y manométricas de la ERGE según el género.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos con clínica de ERGE, visitados en un hospital universitario. Todos los pacientes fueron valorados mediante encuesta clínica de síntomas, gastroscopia, manometría y pH-metría ambulatoria de 24 horas. Las exploraciones fueron realizadas tras retirar el tratamiento antisecretor durante 15 días y en un intervalo máximo de 1 mes. Analizamos la frecuencia de los síntomas (pirosis, regurgitación, disfagia, dolor torácico y tos nocturna). Los hallazgos endoscópicos se clasificaron en ERGE erosiva, no erosiva (EE) y esófago de Barrett. Valoramos manométricamente la presión de reposo del esfínter esofágico inferior (PEEI) y el patrón motor del cuerpo esofágico. Los parámetros pHmétricos incluidos en el análisis fueron la presencia o no de RGE patológico, la gravedad del RGE y el Índice de Demeester. Las variables cualitativas se compararon utilizando el Chi-cuadrado de Pearson y las cuantitativas mediante la *t* de Student y la ANOVA de un factor. Un valor de la $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 537 pacientes con una edad media de 51 años; 275 (51,2%) hombre y 262 (48,7%) mujeres. Los resultados se resumen de acuerdo al género de los pacientes (Hombre/ Mujer): 1) Síntomas (%): Pírosis: 88/93,5 ($p = 0,028$), Regurgitaciones: 53/4/69,7 ($p = 0,000$), Disfagia: 34/1/46,3 ($p = 0,004$), Dolor torácico: 36/44 ($p = 0,057$), Tos nocturna: 17/33,4 ($p = 0,000$); 2) Hallazgos endoscópicos (%): ERGE no erosiva: 34,5/55,3; - ERGE erosiva: 48,3/38,5; - Barrett: 17/6,1; 3) Manometría: PEEI (mmHg): $14,1 \pm 7,6/17,9 \pm 10,3$ ($p = 0,038$); patrón motor esofágico (%): 21,8/18,8 ($p = 0,390$). 4) pHmetría: RGE patológico (%): 78,1/75,9 ($p = 0,539$); RGE grave (%): 46,6/36,9 ($p = 0,042$); Índice de Demeester: $55,0 \pm 40,1/46,2 \pm 34,0$ ($p = 0,016$). Todos los síntomas estaban presentes con más frecuencia en las mujeres ($p < 0,05$). Los hombres mostraban más lesiones esofágicas en la endoscopia, tanto EE como esófago de Barrett. La presencia o no de RGE patológico fue similar en ambos grupos con mayor gravedad en los hombres.

Conclusiones: Existen diferencias en la ERGE según el género del paciente. Las mujeres muestran mayor expresividad clínica, mayor tono del EEI y menos lesiones endoscópicas. En los hombres predominan la EE y el Barrett con una mayor gravedad del RGE.

HELICOBACTER PYLORI Y ANEMIA FERROPÉNICA: METAANÁLISIS DE ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

J.P. Gisbert, O.P. Nyssen, A.G. McNicholl

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Introducción: Recientemente se ha sugerido la existencia de una relación entre la gastritis por *H. pylori* y la hipoferritinemia o la anemia ferropénica.

Objetivo: Revisar sistemáticamente el papel de la infección por *H. pylori* en la hipoferritinemia y la anemia ferropénica, y realizar un metaanálisis de los estudios de casos y controles.

Métodos: Selección de estudios: Estudios de casos y controles que comparan a) la prevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes con y sin anemia ferropénica/ hipoferritinemia, y b) la prevalencia de anemia ferropénica/ hipoferritinemia en pacientes con y sin infección por *H. pylori*. Estrategia de búsqueda: electrónica y manual. Síntesis de los datos: metaanálisis combinando las Odds Ratio (OR).

Resultados: a) En ocho estudios se comparó la prevalencia de la infección por *H. pylori* en pacientes con (637) y sin (2.305) anemia ferropénica, demostrándose una mayor prevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes anémicos (34%vs 22%; OR = 1,6; IC95%= 1,26-2,03). Sólo un estudio comparó la prevalencia de infección en pacientes con y sin hipoferritinemia (29%vs 19% $p < 0,05$). b) En siete estudios se comparó la prevalencia de anemia ferropénica en pacientes con (3.093) y sin (1.926) infección por *H. pylori*, demostrándose una ligera (y casi estadísticamente significativa) mayor prevalencia de anemia ferropénica en pacientes *H. pylori*-positivos (16%vs 14% OR = 1,4; IC95%= 0,98-2,0). Finalmente, en 5 estudios se comparó la prevalencia de hipoferritinemia en pacientes con (297) y sin (129) infección por *H. pylori*, demostrándose una mayor prevalencia de hipoferritinemia en pacientes *H. pylori*-positivos (33%vs 13% OR = 1,7; IC95%= 1,31-2,32). Los resultados fueron heterogéneos en todas las comparaciones.

Conclusiones: Algunos estudios epidemiológicos sugieren una asociación entre infección por *H. pylori* e hipoferritinemia o anemia ferropénica. Sin embargo, estos datos deberían interpretarse con precaución, debido a la marcada heterogeneidad existente entre los estudios.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PORTAL (HDA-NHP): CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN DOS PERIODOS DE TIEMPO (1994-1997 Y 2005-2008)

P. Almela, M. Bañuls, R. Antón, P. Mas, V. Sánchez, I. Pascual, M. Mínguez, A. Benages

Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivo: Valorar los cambios clínicos, terapéuticos y evolutivos en pacientes con HDA-NHP en dos periodos de tiempo.

Pacientes y métodos: Pacientes con HDA-NHP en dos periodos (cohorte A: del 1-1-1994 al 30-9-1997: 968 pacientes y cohorte B: del 1-1-2005 al 31-12-2008: 832 pacientes). Se analizan las diferen-

cias entre ambas con respecto a datos demográficos, clínicos, endoscópicos y evolutivos.

Resultados: Hay un descenso progresivo en el número de HDA-NHP de 1994 (285 pacientes) al 2008 (175). La tabla muestra los distintos parámetros (todos presentan una $p < 0,05$). En la cohorte A, la mortalidad se relaciona con la edad ($<$ mediana, 67 años) (OR 5,36, IC95% 1,81-15,87, $p = 0,002$), mientras que en la cohorte B con la presencia de comorbilidad (índice de Charlson) (OR 5,10, IC95% 2,40-10,84, $p = 0,000$).

Conclusiones: Existen importantes cambios en la HDA-NHP: la prevalencia ha disminuido; los pacientes son más añosos y con mayor comorbilidad; existe un incremento en el uso de AINEs y anticoagulantes; la úlcera péptica es menos frecuente con un incremento de las neoplasias, lesiones vasculares y esofagitis/ síndrome de Mallory-Weiss como causa del sangrado; existe un incremento notable de la terapéutica endoscópica y una disminución de la recidiva hemorrágica, así como de la necesidad de cirugía; hay un aumento de la mortalidad (relacionado con la mayor comorbilidad). Se objetiva un gran incremento de pacientes controlados ambulatoriamente.

IMPORTANCIA DE LA ORIENTACIÓN DE LAS BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN

F.J. Martínez Cerezo^a, G. Castillejo^b, V. Morente^c, J. Marsal^a, F.X. Tena^a, F. Riu^c, D. Pascual^a

^aServei d'Aparell digestiu i exploracions complementàries. ^bServei de Pediatria. ^cServei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Sant Joan, Universitat Rovira i Virgili, Reus

Introducción: El método de elección para la obtención de muestras anatomopatológicas para el diagnóstico de la enteropatía sensible al gluten es la toma de biopsias endoscópicas a nivel duodenal. Para su correcta interpretación por parte del patólogo es importante que las muestras sean de buena calidad.

Objetivo: Valorar el porcentaje de biopsias duodenales endoscópicas de buena calidad y bien orientadas, comparando la calidad de las biopsias procesadas con o sin orientación manual.

Material y métodos: Se han incluido las biopsias duodenales endoscópicas obtenidas de pacientes adultos y pediátricos con sospecha de enteropatía sensible al gluten. A todos se les había determinado previamente los Ac antitransglutaminasa (AcTG) y los haplotipos HLA DQ2 y DQ8. El consentimiento informado se obtuvo previamente de los pacientes o de sus tutores legales. A todos los pacientes se les obtuvo un mínimo de 4 biopsias. De las muestras obtenidas, unas se orientaron manualmente en el mismo momento de la endoscopia, situándolas sobre una superficie de vinilo y extendiéndolas con unas pinzas previamente a su inclusión en formol (grupo 1) y el resto se incluyeron directamente (grupo 2). A todas las muestras se les practicó tinción con H-E y inmunohistoquímica para CD3. Todas ellas fueron valoradas por dos patólogos, ciegos respecto del proceso que habían recibido las biopsias y consensuadamente evaluaron su orientación y la integridad del epitelio.

Resultados: Se han incluido biopsias de 20 pacientes (edad media 31,05, δ 14,81, 13 mujeres/ 7 hombres, 5 casos pediátricos). Presentaban AcTG positivos 7 pacientes; 15 pacientes presentaban haplotipo HLA DQ2, 3 HLA DQ8 y 2 pacientes presentaban ambos HLA. Se obtuvieron un total de 112 muestras (media 5,6 por paciente, δ 0,76). Los diagnósticos anatomopatológicos fueron linfocitosis intraepitelial en 2 casos, Marsh III en 7, duodenitis crónica no específica en 1 caso, siendo normales el resto. El grupo 1 lo constituyeron 59 muestras (media 2,95 por paciente, δ 0,88) y el grupo 2 estuvo formado por 53 muestras (media 2,65 por paciente, δ 0,59). Los patólogos consideraron que la mucosa estaba bien orientada en el 84% (50/ 59) de las muestras del grupo 1 vs el 47% (25/ 53) de las muestras del grupo 2 ($p < 0,0001$) y que presentaban denudación del epitelio

	Cohorte A	Cohorte B
Edad	61,7 \pm 18,7	63,5 \pm 19,3
Sexo masculino	68,30%	63,90%
Edad superior a 77 años	20,70%	28,70%
Ingesta de AINEs	53,30%	80,30%
Ingesta de anticoagulantes	2,20%	7,40%
Comorbilidad (Charlson $>$ 2)	22,20%	33,60%
Úlcera péptica	60,90%	40,50%
Neoplasias	2,10%	5,50%
Lesiones vasculares	0,80%	5,00%
Esofagitis erosiva y/ o síndrome de Mallory-Weiss	17,90%	24,20%
Control ambulatorio	20,80%	41,30%
Recidiva hemorrágica	5,90%	3,50%
Tratamiento endoscópico	7,00%	30,80%
Cirugía urgente	4,50%	2,20%
Mortalidad	2,30%	4,90%

12/ 59 muestras del grupo 1 vs 13/ 53 del grupo 2 (p NS) Tres pacientes tenían una o ninguna biopsia con la mucosa bien orientada cuando se consideraban las muestras del grupo 1 vs 13 pacientes si se consideraban las biopsias del grupo 2 (p = 0,003).

Conclusiones. Un porcentaje significativo de biopsias endoscópicas duodenales presentan una orientación inadecuada. En nuestra experiencia, la orientación manual de las biopsias endoscópicas en el momento de su obtención es útil para mejorar la calidad de las muestras, sin que su manipulación comporte pérdida de integridad del epitelio.

LA REEVALUACIÓN SISTEMÁTICA CLÍNICO-PATOLÓGICA TRAS TRATAMIENTO CON IBP ES OBLIGATORIA PARA EVITAR LA SOBRESTIMACIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN ADULTOS

J. Molina Infante^a, L. Ferrando Lamana^b, C. Ripoll^c, G. Vinagre^a, M. Hernández Alonso^a, C. Dueñas^a, B. Pérez Gallardo^a, J.M. Mateos^a, M. Fernández Bermejo^a, N. Fernández González^b, E.M. Quintana^b, M.A. González^b

^aUnidad de Aparato Digestivo y ^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ^cServicio de Aparato Digestivo y CIBERHED, Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Introducción y objetivo: La esofagitis eosinofílica (EoE) puede ser diagnosticada actualmente mediante histología y pHmetría normal o ausencia de respuesta a los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Nuestro objetivo fue comparar la prevalencia de EoE antes y después de tratamiento antisecretor y estimar la precisión diagnóstica de la histología y la pHmetría comparadas con la reevaluación histológica con IBP.

Métodos: Se tomaron biopsias de esófago medio-superior de 712 adultos remitidos para endoscopia por síntomas digestivos altos, independientemente de los hallazgos endoscópicos. Todos los pacientes con ≥ 15 eosinófilos por campo de gran aumento (eo/cga) fueron reevaluados tras tratamiento con rabeprazol 20 mg/ 12 horas durante 2 meses. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) fue definida por la remisión clínica e histológica documentada tras tratamiento con IBP.

Resultados: 35 pacientes (4,9%) tuvieron ≥ 15 eo/cga, de los que el 55% tenían historia alérgica y el 70% impactación alimentaria o disfagia como síntoma cardinal. 26 pacientes (75%) fueron diagnosticados de ERGE tras tratamiento con IBP, incluidos 2 pacientes con pHmetría normal. La prevalencia de ≥ 15 eo/cga en menores de 50 años con impactación alimentaria (50%) o disfagia (35%) se redujo a 18% y 12% con tratamiento antisecretor. No se encontraron hallazgos histológicos patognomónicos de EoE ni se incrementaron la especificidad y el valor predictivo positivo con puntos de corte más altos (46% y 39% con > 24 eo/cga, 64% y 50% con > 35 eo/cga). Los IBP indujeron remisión clínica sin respuesta histológica en la mitad de los pacientes con EoE.

Conclusiones: El 75% de los adultos con síntomas gastrointestinales altos y ≥ 15 eo/cga consiguen la remisión clínica con IBP, independientemente del tiempo de exposición ácida, el recuento de eosinófilos o los criterios histológicos mayores. La EoE puede ser sobreestimada sin una reevaluación sistemática bajo tratamiento con IBP.

PAPEL DE LAS CÉLULAS EPITELIALES GÁSTRICAS EN LA ACTIVACIÓN DE LOS LINFOCITOS T DURANTE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

M. Calvino Fernández, A. Arias Arias, S. Benito Martínez, M. Maiques Camarero, T. Parra Cid

Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción: La intensidad del proceso inflamatorio e inmune que se desarrolla en mucosa de sujetos infectados por *Helicobacter*

pylori (HP) está modulada por la interacción entre factores dependientes de la bacteria y otros característicos del huésped. De estos últimos, es determinante la respuesta de las células epiteliales gástricas dada su localización estratégica entre los Ag luminales y las células T intraepiteliales y de la lámina propia. La infección por HP activa tanto la respuesta inmunológica innata como la adaptativa. Para que ésta actúe son necesarias las células presentadoras de antígeno (APC) que procesan y presentan los péptidos, y expresan moléculas co-estimuladoras necesarias para la activación de linfocitos T específicos. La infección persiste durante toda la vida del huésped, lo que lleva a pensar en algún mecanismo que altera esa respuesta inmune y que contribuye a que cronifique la misma.

Objetivo: Evaluar si el HP provoca la activación tanto de moléculas co-estimuladoras como co-inhibidoras de la respuesta inmune específica. Relación con densidad de infección y genotipo bacteriano.

Material y métodos: La línea celular AGS se incubó 24h con tres cepas genéticamente distintas: [HP1]: cagA(-); [HP3]: ureasa(-); y [HP4]: cagA(+) a densidades de 10^7 , 10^8 o 2×10^8 UFC/ mL. De donantes sanos se extrajeron linfocitos por centrifugación en gradiente de Ficoll y se incubaron 2h en proporción 4:1 (linfocitos:AGS) con los sobrenadantes de los cocultivos. Determinamos en AGS y por citometría de flujo: HLA-DR: marcador indicativo de la expresión de moléculas HLA-II en APC no profesionales; ICAM-1: molécula coestimuladora cuyo receptor es CD11b de linfocitos T, que también analizamos; PD-L1: molécula co-inhibidora que aboca a las células T a morir por apoptosis. Se determinó también su mRNA por PCR-Réal Time.

Resultados: La expresión de HLA-DR (control = $12,5 \pm 4,9$ y [HP 10^8] = $19,1 \pm 5,4^*$) y PD-L1 (control = $12,0 \pm 5,1$ y [HP 10^8] = $21,4 \pm 8,3^*$) fue dependiente de la densidad de infección, pero independiente de la cepa de HP. La expresión de ICAM-1 y de su receptor CD11b en linfocitos T, además de ser dosis-dependiente, depende de la proteína ureasa, ya que la cepa HP3 no incrementó esos valores. La cepa portadora del gen cagA (HP4) mostró los valores más elevados para CD11b (control = $219,3 \pm 54,5$ y [HP4 10^8] = $287,1 \pm 67,2^*$) e ICAM-1 (control = $407,8 \pm 207,5$ y [HP4 10^8] = $711,2 \pm 218,1^*$).

Discusión: Las células epiteliales gástricas adquieren características de APC en presencia de HP y sobreexpresan moléculas co-estimuladoras (dependientes de ureasa y cag) necesarias para el desarrollo de la respuesta inmune. También sobreexpresan receptores co-inhibidores (en relación con la densidad bacteriana) lo que podría explicar porqué la bacteria evade esa respuesta inmune y la infección no aclara espontáneamente. Estos receptores podrían ser dianas en el diseño de futuras terapias para tratamiento de enfermedades asociadas a infección por HP.

PERFIL SINTOMÁTICO EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES NO TRATADOS Y EN LOS QUE PERSISTEN LOS SÍNTOMAS A PESAR DEL TRATAMIENTO

J. Ponce^{a,b}, F. Mearín^c, M. Ponce^{a,b}, A. Balboa^c, J. Zapardiel^d

^aServicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBER-EHD). ^cServicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon, Barcelona. ^dDepartamento Médico Astra-Zeneca España

Introducción: Las características clínicas y la estrategia diagnóstica y terapéutica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no se conocen por completo.

Objetivo: 1. Analizar el perfil sintomático de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con manifestaciones típicas (pirosis y/o regurgitación); 2. Comparar los pacientes que no es-

tán recibiendo tratamiento con los que persisten los síntomas estando tratados; 3. Valorar la gravedad según los médicos y los pacientes; y 4. Conocer la estrategia diagnóstica y terapéutica aplicada.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal, multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual.

Resultados: Se incluyeron 2356 pacientes. Los síntomas dispépticos fueron enormemente frecuente (casi 90% en ambos grupos estudiados) y los supraesofágicos muy frecuentes (50-60%). Los pacientes con persistencia de síntomas típicos a pesar de tratamiento tenían mayor edad, más síntomas supraesofágicos y mayor gravedad de los síntomas típicos de ERGE, supraesofágicos y dispépticos. Las evaluaciones de pacientes y médicos fueron concordantes, aunque más graves para los primeros. La edad fue factor de riesgo para síntomas supraesofágicos, el sexo femenino para síntomas dispépticos y el IMC para mayor gravedad de los síntomas de ERGE. Se indicó endoscopia en aproximadamente el 60% de los pacientes. Se dieron recomendaciones dietéticas en la mayoría de casos y posturales a más de la mitad; se prescribió IBP en la casi totalidad y en muchos con asociación de procinéticos y/o alcalinos.

Conclusiones: Los síntomas dispépticos no pueden considerarse independientes de la ERGE, y los síntomas típicos y atípicos se asocian en la mitad de los casos. Los especialistas en aparato digestivo se ciñen bastante a las recomendaciones terapéuticas de las GPC pero la indicación de procedimientos diagnósticos parece excesiva.

RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA DE BULBO DUODENAL EN LA ENFERMEDAD CELÍACA

A. Brotons^a, C. Garau^a, M. Company^b, A. Vilella^a, N. Rull^a, J. Di Giorgio^a, C. Dolz^a

^aServicio de Aparato Digestivo. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

Objetivo: Comparar la rentabilidad de las biopsias de bulbo con las de duodeno distal en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celíaca (EC).

Material y métodos: Diseñamos un estudio descriptivo prospectivo de toma de biopsias endoscópicas de dos muestras de bulbo y dos de duodeno distal en pacientes con sospecha de EC (diagnóstico) y de respuesta histológica tras dieta sin gluten (seguimiento). Las muestras se clasificaron según los criterios de Marsh revisados por Oberhuber.

Resultados: Incluimos desde febrero de 2006-septiembre de 2009 a 42 pacientes (26 M) con una media de edad de 41 años con una mediana de 38 años (rango 10-78). Las biopsias diagnósticas fueron un total de 25 y sus grados histológicos fueron en bulbo: normal 1 (4%), Marsh-1 2 (8%), Marsh-2 2 (8%) y Marsh-3 20 (80%) y en duodeno distal: normal 3 (12%), Marsh-1 4 (16%) y Marsh-3 18 (72%). Las biopsias de seguimiento fueron un total de 27 cuya examen mostró en bulbo: normales 17 (63%), Marsh-1 6 (22%), Marsh-2 1 (3,7%) y Marsh-3 3 (11%) y en el duodeno distal: normales 19 (70%), Marsh-1 5 (18,5%), Marsh-2 1 (3,7%) y Marsh-3 2 (7,4%). Comparamos las 52 muestras (25 diagnóstico/27 seguimiento) de bulbo y duodeno distal observando una correlación de 0,76 ($p = 0,000$).

Conclusiones: En el diagnóstico la mayoría de las lesiones en bulbo y duodeno distal corresponden a un Marsh 3 y de forma paralela en el seguimiento la regresión histológica completa era de un 63% y 70% respectivamente. A pesar del bajo número de casos de nuestra serie observamos una buena correlación de las muestras de bulbo con duodeno distal en el diagnóstico y seguimiento de la EC que se debería confirmar en futuros estudios.

TERAPIA DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS EL PRIMER FRACASO ERRADICADOR DE H. PYLORI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA EN 657 PACIENTES

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, M. Castro-Fernández^c, A. Pérez-Aisa^d, M. Fernández-Bermejo^e, A. Tomás^f, J. Barrio^g, F. Bory^h, P. Almelaⁱ, P. Sánchez-Pobre^j, A. Cosme^k, V. Ortiz^l, P. Niño^m, S. Khorraniⁿ, L.M. Benito^o, J.A. Carneros^p, E. Lamas^q, I. Modolell^r, A. Franco^s, J. Ortuño^t, L. Rodrigo^u, I. Guerra^v, E. O'Callaghan^w, J. Ponce^x, M.P. Valer^b, X. Calvet^o

Servicios de Aparato Digestivo: ^aHospital La Princesa, Madrid.

^bHospital Fuenlabrada, Madrid. ^cHospital de Valme, Sevilla. ^dHospital

Costa del Sol, Málaga. ^eHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

^fHospital General de Cataluña, Barcelona. ^gHospital del Río Hortega,

Valladolid. ^hHospital del Mar, Barcelona. ⁱHospital Clínico, Valencia.

^jHospital 12 de Octubre, Madrid. ^kHospital de Donostia, San

Sebastián. ^lHospital La Fe, Valencia. ^mHospital Central de Asturias,

Oviedo. ⁿHospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ^oHospital Virgen

del Toro, Menorca. ^pHospital de Sabadell, Barcelona

Objetivo: Tras el fracaso erradicador de *H. pylori* habitualmente se emplea una terapia de rescate cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol. Aunque relativamente eficaz, esta terapia tiene una posología compleja (requiere la administración de 4 fármacos) y se asocia con frecuentes efectos adversos. Se presentan los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología en el que se evalúa, como terapia de rescate de segunda línea, la eficacia y seguridad de una combinación con levofloxacino, amoxicilina y un IBP.

Métodos: Diseño: estudio multicéntrico prospectivo. Pacientes: se incluyeron prospectivamente pacientes en los que había fracasado un primer tratamiento erradicador con IBP-claritromicina-amoxicilina. Criterios de exclusión: cirugía gástrica previa. Intervención: Se administró un tratamiento durante 10 días con levofloxacino (500 mg/12h), amoxicilina (1 g/12h) y omeprazol (20 mg/12h). Variable de resultado: La erradicación de *H. pylori* se confirmó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea 4-8 semanas tras finalizar el tratamiento. El cumplimiento se comprobó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. La incidencia de efectos adversos se evaluó mediante un cuestionario específico.

Resultados: Se incluyeron 657 pacientes (edad media 49 años, 44% varones, 37% con úlcera péptica y 63% con dispepsia funcional). El 97% de los pacientes completaron estrictamente el tratamiento. La erradicación "por protocolo" fue del 76% (IC95% 72-79%) y del 74% (70-77%) "por intención de tratar". La eficacia fue similar en los pacientes con úlcera y con dispepsia funcional. Se describieron efectos adversos en el 19% de los casos; los más frecuentes fueron: náuseas (8%), sabor metálico (5%), dolor abdominal (3%) y mialgias/artralgias (3%); ninguno de ellos fue grave.

Conclusiones: La terapia de rescate con levofloxacino durante 10 días tiene una elevada eficacia en la erradicación de *H. pylori* y representa una alternativa a la cuádruple terapia tras el fracaso de un primer intento erradicador, con la ventaja de ser un régimen sencillo y bien tolerado.

TERAPIA SECUENCIAL PARA LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI: UNA REVISIÓN CRÍTICA

J.P. Gisbert^a, X. Calvet^b, J.P.A. O'Connor^c, F. Mégraud^d, C.A. O'Morain^e

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la

Princesa, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital de

Sabadell, Barcelona. ^cDepartment of Gastroenterology, Trinity

College, Dublin, Irlanda. ^dLaboratoire de Bactériologie, Hôpital

Pellegrin, Bordeaux Cedex, Francia

Introducción: Las tasas de erradicación de la terapia triple estándar han descendido recientemente hasta niveles inaceptables.

El tratamiento secuencial (IBP-amoxicilina durante los primeros 5 días + IBP-claritromicina-nitroimidazol durante otros 5 días más) representa una terapia novedosa y prometedora.

Objetivo: Revisar críticamente la eficacia de la terapia secuencial en la erradicación de *H. pylori*.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos electrónicas y una revisión manual de los resúmenes presentados en los congresos internacionales hasta mayo de 2009.

Resultados: 1) Eficacia de la terapia secuencial: A partir de los 25 estudios incluidos, la mayoría realizados en Italia, con un total de 2.482 pacientes, se calculó un tasa media de erradicación (por intención de tratar, media ponderada) del 91,3% (IC95%= 90-92%). 2) Comparación entre la terapia secuencial y la triple estándar: se actualizaron los metaanálisis previamente publicados, incluyendo los 16 ensayos clínicos aleatorizados que hasta el momento han comparado estos dos tratamientos. El tratamiento secuencial (1.670 pacientes) fue más efectivo que el triple clásico (1.704 pacientes): 91,6% (90-93%) vs 76,8% (75-79%) (por intención de tratar). La odds ratio (OR) para esta comparación fue de 3,1 (IC95%= 2,23-4,29). Los resultados fueron heterogéneos. No obstante, todos los estudios publicados durante 2008 y 2009 alcanzaron tasas de erradicación menores del 90% y, en algunos casos, menores del 80%. Por otra parte, la mayoría de los estudios más recientemente publicados fueron incapaces de demostrar diferencias entre el tratamiento secuencial y la triple estándar.

Conclusiones: La terapia secuencial es más efectiva que la triple estándar. No obstante, es preciso recalcar que casi todos los estudios que han evaluado el tratamiento secuencial se han llevado a cabo en Italia. Aunque globalmente la tasa de erradicación media de la terapia secuencial es superior al 90% se aprecia una tendencia a una menor eficacia en los estudios más recientes realizados fuera de Italia. Por tanto, la ventaja del tratamiento secuencial sobre el estándar debería confirmarse en distintos países antes de recomendar un cambio generalizado en la elección del tratamiento erradicador de primera línea.

TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA TRAS EL FRACASO DE 3 TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, E. Lamas^b, A. Pérez-Aisa^c, J.L. Cabriada^d, L. Rodrigo^e, L.M. Benito^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^g, J.M. Pajares^g

Servicios de Aparato Digestivo: ^aHospital La Princesa, Madrid. ^bHospital de Valme, Sevilla. ^cHospital Costa del Sol, Málaga. ^dHospital de Galdakao, Vizcaya. ^eHospital Central de Asturias, Oviedo. ^fHospital Virgen del Toro, Menorca

Introducción: En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haber administrado 3 tratamientos erradicadores consecutivos. Se desconoce hasta qué punto merece la pena (en cuanto a eficacia y seguridad) intentar un 4º tratamiento erradicador en estos casos refractarios.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un 4º tratamiento de rescate empírico (con rifabutina o levofloxacino) en pacientes en los que habían fracasado previamente 3 intentos erradicadores, presentándose los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la AEG.

Métodos: 57 pacientes con tres fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori* fueron incluidos prospectivamente. En todos ellos se había administrado un 1er tratamiento con IBP-claritromicina-amoxicilina y un 2º tratamiento con cuádruple terapia (IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol). En 15 de ellos se había pautado un 3er tratamiento con IBP-amoxicilina-rifabutina, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12h) y levofloxacino (500 mg/12h) durante 10 días. En los 42 restantes se ha-

bía pautado un 3er tratamiento con IBP-amoxicilina-levofloxacino, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12h) y rifabutina (150 mg/12h) durante 10 días. La susceptibilidad antibiótica se desconocía y, por lo tanto, los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. La erradicación se comprobó mediante prueba del aliento con 13C-urea.

Resultados: 15 pacientes recibieron un 4º tratamiento con levofloxacino y 42 con rifabutina. Todos los pacientes menos 4 (todos del grupo rifabutina) completaron el seguimiento. El cumplimiento del grupo tratado con levofloxacino fue del 100%, mientras que 4 pacientes del grupo rifabutina no tomaron correctamente la medicación (por efectos adversos: fiebre, mialgia, dolor abdominal y diarrea en un caso, y vómitos en otros tres). La incidencia de efectos adversos con rifabutina fue del 38% (ninguno de ellos grave; a destacar leucopenia y trombopenia autolimitada en sendos pacientes) y del 40% en aquéllos que recibieron levofloxacino (fundamentalmente mialgias). La tasa global de erradicación con el 4º tratamiento "por protocolo" y "por intención de tratar" fue, respectivamente, del 51% y del 54%. Las tasas de erradicación "por intención de tratar" con levofloxacino y con rifabutina como 4º tratamiento fueron, respectivamente, del 60% y del 52%.

Conclusiones: Incluso tras el fracaso de 3 tratamientos previos, una cuarta terapia de rescate empírica (con levofloxacino o con rifabutina) puede ser efectiva para erradicar la infección por *H. pylori* en aproximadamente la mitad de los casos.

TRATAMIENTO ERRADICADOR DE RESCATE BASADO EN LEVOFLOXACINO EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA EN LOS QUE PREVIAMENTE HA FRACASADO UN TRATAMIENTO CON CLARITROMICINA Y METRONIDAZOL

J.P. Gisbert^a, Á. Pérez-Aisa^b, M. Castro-Fernández^c, J. Barrio^d, L. Rodrigo^e, Á. Cosme^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^g, R. Moreno-Otero^g

Servicios de Aparato Digestivo: ^aHospital La Princesa, Madrid. ^bHospital Costa del Sol, Málaga. ^cHospital Valme, Sevilla. ^dHospital del Río Hortega, Valladolid. ^eHospital Central de Asturias, Oviedo. ^fHospital Donostia, San Sebastián

Introducción: Hasta el momento, la experiencia en el tratamiento erradicador de aquellos pacientes alérgicos a la penicilina es muy escasa, aunque esta circunstancia se describe en la práctica clínica con relativa frecuencia. Actualmente, en estos pacientes se recomienda como primera opción la combinación de un IBP, claritromicina y metronidazol. Cuando fracasa este primer tratamiento erradicador, la mayoría de los pacientes tendrán resistencia frente a la claritromicina y/o el metronidazol, lo que complica notablemente el tratamiento de rescate.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de un tratamiento erradicador de rescate con un IBP, claritromicina y levofloxacino en pacientes alérgicos a los beta-lactámicos en los que previamente ha fracasado un tratamiento con IBP-claritromicina-metronidazol.

Métodos: Pacientes: Estudio multicéntrico prospectivo incluyendo pacientes consecutivos alérgicos a la penicilina en los que ha fracasado previamente un tratamiento con IBP-claritromicina-metronidazol. Tratamiento: Se administró un tratamiento de 2ª línea con un IBP (a las dosis habituales/12h), claritromicina (500 mg/12h) y levofloxacino (500 mg/12h), durante 10 días. Comprobación de la erradicación: mediante prueba del aliento con 13C-urea 8 semanas después de completar el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes alérgicos a la penicilina. Las tasas de erradicación, tanto "por protocolo" como "por intención de tratar", fueron del 62% (IC95%= 48-76%). La totalidad de los pacientes completaron correctamente el tratamiento y el seguimiento. Se describieron efectos adversos en 15 pacientes (17%), que no impidieron finalizar el tratamiento: sabor metálico (7 pa-

cientes), náuseas/vómitos leves (7 pacientes), dolor abdominal (1 paciente), diarrea (1 paciente), candidiasis oral y vaginal (1 paciente) y mialgias/ artralgias (1 paciente).

Conclusiones: La terapia con levofloxacino (junto con un IBP y claritromicina) representa una prometedora alternativa de rescate en los pacientes alérgicos a los beta-lactámicos.

Oncología

CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA DE LAS POLIPOSIS ATENUADAS. ESTUDIO EPIPOLIP

C. Sánchez-Fortún^a, M.E. Polanía^a, N. Acame^a, F. Rodríguez-Moranta^b, J. Cubiella^c, D. Nicolás^d, L. Bujanda^e, A. Herreros^f, M. Herraiz^g, J.M. Peñé^h, M.L. de Castroⁱ, A. Serradesanferm^j, F. Fernández-Bañares^k, F. Martínez^l, A. Guerra^m, V. Piñolⁿ, J. Balmaña^ñ, M. Bustamante^o, M.L. Pérez-Carbonell^a, A. Payá^a, C. Alenda^a, E. Rojas^a, L. Sempere^a, R. Jover^a

^aHospital General Universitario de Alicante, Alicante. ^bHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ^cComplejo Hospitalario de Ourense, Ourense. ^dHospital Universitario de Canarias, Tenerife. ^eHospital de Donostia, San Sebastián. ^fHospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ^gClínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ^hHospital Arnau de Vilanova, Lleida. ⁱHospital Meixoeiro, Vigo. ^jHospital Clínic, Barcelona. ^kHospital Universitari Mútua de Terrassa. ^lInstituto Valenciano de Oncología, Valencia. ^mHospital Virgen del Camino, Pamplona. ⁿHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ^oHospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ^pHospital Ribera Salud, Alzira

Introducción: El estudio de las poliposis atenuadas, su agregación familiar y factores ambientales puede ser de gran utilidad en la prevención del cáncer colorrectal (CCR).

Objetivo: Definir las características clínicas de las diferentes formas de poliposis colónica atenuada.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico que consta de dos subestudios: uno retrospectivo y otro prospectivo (desde enero de 2009) realizado en Unidades de Consejo Genético y en Clínicas de Alto Riesgo de CCR pertenecientes a 16 hospitales de España. Se incluyen pacientes que presenten entre 10 y 100 pólipos colónicos de cualquier etiología y/o pacientes que cumplan los criterios de la OMS de poliposis hiperplásica, llevándose a cabo recopilación de datos clínicos y de la localización, número e histología de los pólipos. Se excluyen aquellos pacientes que solamente presenten pólipos hiperplásicos en rectosigma. Clasificamos las poliposis atenuadas en dos tipos: a) *poliposis de predominio adenomatoso* (ppA), aquellas cuyos pólipos sea en su mayoría adenomatosos con menos de un 20% de pólipos hiperplásicos, y b) *poliposis de predominio hiperplásico* (ppH), aquellas que no cumplan dicho criterio. El análisis de la muestra y la comparación entre grupos se ha realizado mediante el programa SPSS.

Resultados: Se han recogido datos de 253 pacientes. La mayoría son varones con un 71,9%(182) frente a un 28,1%(72) de mujeres. La media de edad es de 63,82 ± 23,11 años y la media del índice de masa corporal (IMC) es de 27,13 ± 8,69. Un 41,9%(106) de los pacientes referían antecedente de tabaquismo, siendo fumadores activos 47 de ellos (18,6%). Un 33,2%(84) de los pacientes habían sido diagnosticados CCR. El número medio de pólipos por paciente es 24,42. Según la histología, encontramos un 62,2%(152) de ppA y un 37,8%(93) de ppH. Realizamos un análisis preliminar de la muestra comparando las ppA con las ppH. No existen diferencias en cuando al IMC, el antecedente de CCR o los antecedentes familiares. Los pacientes con ppA son hombres en un 76,6%frente al 64,5% en las ppH (p = 0,07). Los pacientes con ppH son más jóvenes con

una edad media de 59,9 ± 20,51 años siendo de 66 ± 23,47 años en las ppA (p < 0,0001). En las ppH, son o han sido fumadores un 52,7% de los pacientes, mientras en la ppA el porcentaje es el 35,5%(p 0,008). Las ppH presentan además mayor número de pólipos (29,13 vs 22, p = 0,01). De entre los pacientes con 10 o más pólipos adenomatosos, los genes APC y MYH han sido estudiados en 13 (12%) y 15 (13,9%) pacientes, respectivamente, encontrando mutación APC en 3 pacientes y MYH en 6.

Conclusiones: Los pacientes con poliposis atenuadas son en su mayoría hombres y con sobrepeso. En los pacientes con poliposis de predominio adenomatoso, el predominio masculino es mayor y el porcentaje de pacientes a los que se ha estudiado las mutaciones APC y MYH es llamativamente bajo. Los pacientes con poliposis de predominio hiperplásico son más jóvenes, más fumadores y presentan más pólipos.

EFFECTO DE LA OBTENCIÓN DE UNA HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER SISTEMÁTICA EN LA REDUCCIÓN DE CÁNCER DE COLON DE INTERVALO

M. Herráiz^a, P. Pérez-Pejo^a, C. Carretero^a, M. Betes^a, M. Muñoz-Navas^a, F. Guillén^b

^aServicio de Aparato Digestivo. ^bServicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Introducción y objetivos: Se ha descrito la aparición de cáncer colo-rectal (CCR) de intervalo a pesar de la realización de colonoscopias. Entre las diferentes causas de fallo de la colonoscopia en la prevención del CCR, la mayoría se han puesto en relación con problemas técnicos o tecnológicos. Por otra parte, se conoce que la presencia de antecedentes familiares de CCR aumenta el riesgo individual de desarrollar este tumor y existen recomendaciones específicas para este grupo de población. Estudiamos si la obtención de una historia familiar sistemática de CCR podría reducir el número de cánceres de intervalo.

Métodos: Una enfermera entrenada obtuvo de manera sistemática la historia familiar de cáncer de 225 pacientes consecutivos que acudieron a realizarse una colonoscopia de cribado entre septiembre y octubre de 2009 a un mismo hospital universitario. Se revisaron las historias clínicas de cada paciente para determinar la concordancia de los antecedentes familiares con los recogidos en el cuestionario. Realizamos un análisis de decisión para comparar la tasa de CCR de intervalo durante el seguimiento según si se tenían en cuenta los datos de la historia familiar obtenidos de forma sistemática o según constaban en la historia clínica.

Resultados: 142 (63,1%) pacientes fueron varones y la edad media fue de 59 años (rango 36 a 77). 77 (34,2%) pacientes tenían antecedentes familiares de CCR. 12 pacientes tenían un familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años; 40 pacientes tenían un familiar de primer grado diagnosticado de CCR después de los 60 años; 3 pacientes tenían dos familiares de primer grado con CCR; 20 pacientes tenían un familiar de segundo grado con CCR y 2 pacientes tenían un familiar de tercer grado con CCR. Los antecedentes familiares no constaban en 122 de 225 (54,3%) historias clínicas revisadas. La historia familiar de cáncer concordaba completamente con los datos obtenidos en el cuestionario en el 75,7%(78 de 103) de los casos. En el 24,3%(25 de 103) de las historias clínicas en que había datos parcial o totalmente discordantes, en 36%(9 de 25) constaba que no había antecedentes de CCR; en el 56%(14 de 25) la edad al diagnóstico no estaba recogida, y en el 8%(2 de 25) el grado de parentesco no aparecía reflejado. El modelo mostró una reducción en la tasa de cáncer de colon de intervalo de 1,48 tumores por mil paciente años a 0,67 tumores por mil paciente años.

Conclusiones: En esta serie de pacientes en programa de cribado de CCR, sólo el 35% tenía una historia familiar adecuada recogida en la historia clínica que permitía una adecuada estratificación del riesgo según las guías clínicas vigentes. La obtención de una historia de

CCR sistemática podría potencialmente disminuir la aparición de tumores de intervalo a través de una mejor estratificación de los pacientes y por tanto de un adecuado seguimiento individual.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS PRUEBAS DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICAS EN POBLACIÓN DE RIESGO MEDIO: OC SENSOR® VERSUS SENTINEL®

L. Bujanda^a, E. Ojembarrera^b, M. Zaballa^b, M. Moret^b, F. Múgica^a, I. Gil^a, A. Cosme^a, I. Casado^b, S. Ibáñez^b, C. Enciso^c, F. García-Campos^c, L. Eraña^d, I. Portillo^e

^aServicio de Digestivo, CIBERehd, Universidad del País Vasco, Hospital Donostia. ^bServicio de Digestivo, Hospital de Cruces, Bilbao. ^cServicio de Digestivo, Hospital Txagorritxu, Vitoria. ^dServicio de Digestivo, Hospital Santiago, Vitoria. ^eOsakidetza-, Oficina Central

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España. El cribado con sangre oculta en heces de tipo inmunológico (SOHi) es una de las estrategias para disminuir la mortalidad en esta enfermedad.

Objetivo: Comparar los resultados de dos pruebas de SOHi en el cribado de CCR en población de riesgo medio.

Material y métodos: Se seleccionó una población diana de 28.187 individuos entre los 50 y 69 años. De ellos 12.579 fueron asignados a la prueba OC-Sensor y 14.757 a la prueba Sentinel. Las pruebas diagnósticas se procesaron siguiendo las indicaciones del fabricante. A los individuos se les envió información previa sobre la forma de realización de cada una de las pruebas y la manera de entregar las mismas. Se consideró positiva la prueba cuando la detección de sangre en las heces era igual o mayor a 100 ng/ml.

Resultados: La tasa de participación fue similar en ambos test, 60,8% (7.652 personas) para el OC-Sensor y 57% (8.414 individuos) para el tipo Sentinel. La tasa de positividad fue significativamente menor en el OC-Sensor (6,5% 496 personas) que para el tipo Sentinel (9,2% 773 test). Los hallazgos encontrados en la colonoscopia para cada una de las pruebas se exponen en la tabla.

Conclusiones: El porcentaje de positivos, para un punto de corte de ≥ 100 ng/ml, es mayor para la prueba Sentinel que para la prueba OC-Sensor, y por lo tanto, el número de colonoscopias que se deben de realizar es menor con la prueba OC-Sensor.

	Sentinel 621 resultados colonoscopia	OC-Sensor 424 resultados colonoscopia
Normal y/o pólipos hiperplásicos	245 (39,5%)	150 (35,4%)
Adenoma bajo riesgo	110 (17,7%)	58 (13,7%)
Adenoma alto riesgo	221 (35,6%)	180 (42,4%)
Cáncer	32 (5,2%)	24 (5,7%)
Otros	13 (2%)	12 (2,8%)

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE CASOS INCIDENTES DE CÁNCER COLORRECTAL IN SITU (QUINQUENIO 2003-2007) EN EL REGISTRO DE TUMORES DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

J.C. Marín-Gabriel^a, J.B. Díaz-Tasende^a, S. Franco-Ugidos^a, J.A. Chirinos-Vega^a, F. Colina-Ruizdelgado^{b,c}, M. Plas-Pérez^c, J.D. Morillas-Sáinz^d

^aServicio de Medicina de Aparato Digestivo, Consulta de Alto Riesgo, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^cRegistro

Año	CCR in situ/ total	%
2003	59/ 291	20,3
2004	48/ 296	16,2
2005	68/ 309	22
2006	64/ 313	20,4
2007	104/ 366	28,4

de Tumores, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico, Madrid

Introducción: La incidencia del CCR en España está aumentando en los últimos años. A pesar de los avances en la terapéutica oncológica, la supervivencia en estadios avanzados no ha mostrado una mejoría significativa. Por este motivo se han puesto en marcha diferentes iniciativas que pretenden aumentar el número de casos diagnosticados en fases precoces, potencialmente curables.

Objetivo: Describir la evolución de la proporción de casos incidentes de CCR in situ, respecto al total de los CCR recogidos por el Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre.

Material y métodos: Se recopilieron los casos de CCR diagnosticados, tratados y seguidos íntegramente (clase 04) en el Hospital 12 de Octubre por el Registro de Tumores durante el quinquenio 2003-2007. Durante ese período de tiempo no se han realizado modificaciones metodológicas en la recogida de la información por parte del Registro de Tumores ni en la definición de los criterios histopatológicos.

Resultados: Durante el quinquenio 2003 - 2007 el número de CCR clase 04, recogidos por el Registro de Tumores del H12O fue de 1.575 (tabla). La media \pm DE de edad fue de $69,3 \pm 11,8$ años. El 59,5% de los casos fueron varones. Del total, 343 (21,8%) fueron estadificados como lesiones in situ (Tis). En el año 2003, 59 de 291 casos de CCR fueron estadificados como tumores in situ (20,3%) frente a 104 de un total de 366 CCR (28,4%) en el año 2007 ($p = 0,02$).

Conclusiones: Existe un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de casos de CCR diagnosticados in situ (Tis) en el año 2003 cuando se compara con los datos obtenidos en 2007. El 60% del aumento de casos de CCR, en ese período de tiempo, se debe al incremento del número de lesiones detectadas in situ.

INMUNIDAD INNATA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI. VARIABILIDAD GENÉTICA EN LOS RECEPTORES DE RECONOCIMIENTO DE PATRONES MOLECULARES NOD1/CARD4, NOD2/CARD15, CD14 Y TLR4 Y RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO

M.A. García-González^{a,b}, E. Quintero^c, D. Nicolás^c, R. Benito^{d,b}, M. Strunk^{a,b}, S. Santolaria^e, F. Sopena^{f,b}, E. Plazuelo^{a,b}, P. Jiménez^b, M. Badía^g, J. Espinel^g, R. Campo^h, M. Manzanoⁱ, F. Geijoⁱ, M.A. Simónⁱ, M. Pellisé^{k,b}, F. González-Huix^l, M. Nieto^m, J. Espinósⁿ, L. Titóⁿ, L. Bujanda^b, M. Zaballa^b, M.A. Pérez-Aisa^o, I.M. Méndez-Sánchez^o, C. Thomson^o, A. Lanas^{o,b}

^aInstituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza. ^bCIBERehd.

^cHospital Universitario de Canarias, Tenerife. ^dFacultad de

Medicina y Hospital Clínico Universitario, Zaragoza. ^eHospital San

Jorge, Huesca. ^fHospital Clínico Universitario, Zaragoza.

^gComplejo Hospitalario, León. ^hHospital Parc Taulí, Barcelona.

ⁱHospital 12 de Octubre, Madrid. ^jHospital Clínico Universitario,

Salamanca. ^kHospital Clínic i Provincial, Barcelona. ^lHospital

Josep Trueta, Girona. ^mHospital del Mar, Barcelona. ⁿMutua de

Terrasa. ^oHospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet.

^oHospital Donostia, San Sebastián. ^pHospital San Eloy, Baracaldo.

^oHospital del Sol, Marbella. ^oHospital Obispo Polanco, Teruel

Introducción: La inmunidad innata constituye la primera línea de defensa frente a infecciones por patógenos como *H. pylori*. Este

sistema incluye los denominados PRRs o receptores de reconocimiento de patrones moleculares asociados a patógenos cuya activación inicia la vía de señalización mediada por el factor NF- κ B, induciendo la expresión y producción de mediadores proinflamatorios. Existen polimorfismos en los genes que codifican la síntesis de los receptores NOD1, NOD2, CD14 y TLR4 cuyas variantes alélicas regulan la capacidad de reconocimiento de dichos receptores ante los diferentes componentes bacterianos (LPS, flagelina, lipoproteínas, etc.) y, por tanto, la capacidad de cada individuo para inducir la activación de la respuesta inmune innata.

Objetivo: Dada la importancia de la infección por *H. pylori* y del sistema inmune en el proceso de carcinogénesis gástrica, el objetivo de nuestro estudio fue analizar el papel de dichos polimorfismos en el desarrollo del cáncer gástrico (CG).

Métodos: 515 pacientes con CG y 515 sujetos sanos fueron tipados para 9 polimorfismos localizados en los genes *NOD1* (E266K C/T), *NOD2* (G908R G/C, R702W C/T y fs1007+/-C), *CD14* (-2551 G/C y -260 A/G) y *TLR4* (D299G A/G, T399I C/T y +3725 G/C). El status de infección por *H. pylori* y de anticuerpos *cagA*/*vacA* se realizó mediante western blot.

Resultados: La infección por cepas *cagA* de *H. pylori* (OR: 2,51; IC95% 1,92-3,29), el tabaco (OR: 2,08; IC95% 1,44-3,01) y los antecedentes familiares de CG (OR: 2,84; IC95% 1,75-4,63) fueron factores de riesgo asociados al desarrollo de CG. Sin embargo, ninguno de los polimorfismos evaluados se asoció con un mayor riesgo de CG. La distribución de genotipos y frecuencias alélicas de los polimorfismos *NOD2* G908R, R702W y fs1007+/-C fue similar en pacientes y controles (MAF: 0,9%vs 1,3%, 4,03%vs 4,5% y 1,4%vs 1%, respectivamente). Igualmente, el porcentaje de individuos portadores de varias mutaciones en el gen *NOD2* fue similar en ambos grupos (11,5% en CG vs 12,7% para 1 mutación y 0,4% tanto en CG como en controles para 2). No se observaron diferencias en la distribución de haplotipos de *CD14* (-2551G/-260A, -2551G/-260G, -2551C/-260G) y de *TLR4* (D299G/T399I/+3725 ACG, ACC, ATG y GTG) entre pacientes y controles. Por último, no se encontraron diferencias significativas cuando los pacientes fueron clasificados en función del status de infección por *H. pylori*, anticuerpos anti *cagA*/*vacA*, tabaquismo, tipo histológico y localización tumoral o antecedentes familiares de CG.

Conclusiones: Los polimorfismos de *NOD1*, *NOD2*, *CD14* y *TLR4* evaluados en nuestro estudio no están implicados en la susceptibilidad al desarrollo de CG.

NUEVO PANEL DE MARCADORES DE METILACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DEL CÁNCER COLORRECTAL

D. Azuara^a, F. Rodríguez-Moranta^b, J. de Oca^c, J. Boadas^d, A. Soriano^b, J. Guardiola^b, M. Esteller^e, V. Moreno^f

^aTranslational Research Laboratory, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL. ^bServicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat. ^cServicio de Cirugía, Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ^dServicio de Gastroenterología, Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa. ^eCancer Epigenetics and Biology Program (PEBC). ^fBioinformatics and Biostatistics Unit, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat

Introducción: El análisis de las Curvas de Melting (MCA) es una técnica que permite el estudio del estado de metilación del ADN fecal de una forma robusta y reproducible. En estudios previos la sensibilidad y especificidad de un panel de marcadores de metilación ha mostrado resultados prometedores pero que todavía son mejorables. El objetivo ha sido establecer la aplicabilidad del estado de metilación de un nuevo panel de promotores de genes como herramienta no invasiva de diagnóstico precoz de tumores colorectales.

Material y métodos: Hemos estudiado el patrón de metilación de genes asociados a cáncer de una serie de 45 carcinomas colorectales y de la mucosa normal adyacente correspondientes a 45 pacientes utilizando una plataforma de alto rendimiento que analiza 807 genes (Illumina GoldenGate methylation Cancer Panel I). De todos ellos elegimos los 4 genes que mostraban una mayor diferencia entre los valores de metilación en el tejido normal y en las muestras tumorales. El MCA se desarrolló para estos 4 genes (SLIT2, TGFB2, EYA4 y NPY) y se analizaron muestras fecales de 10 pacientes con cáncer colorrectal, 10 pacientes con adenomas y 10 individuos sanos.

Resultados: El 70% de los carcinomas (7 de 10) y el 60% de los adenomas (6 de 10) dieron positivo como mínimo para un marcador de ADN fecal. La contribución relativa de cada marcador para la detección de adenoma y/o carcinoma fue: 50% (10 de 20) para NPY, 23% (3 de 13) para EYA4, 21% (4 de 19) para SLIT2 y 10% (1 de 10) para TGFB2. Sólo un marcador (NPY) se halló metilado en un individuo sano (Especificidad de la técnica 90%).

Conclusiones: El nuevo panel de biomarcadores ha mostrado que el estado de metilación de sus promotores puede identificar alteraciones colónicas premalignas y malignas con una alta sensibilidad y especificidad. Es necesaria la validación en series más largas de pacientes.

PREVALENCIA DE MUTACIONES EN EL GEN MYH. CONSULTA DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

J.C. Marín-Gabriel^a, J.B. Díaz-Tasende^a, A. Franco-Ugidos^a, J.A. Chirinos-Vega^a, J.D. Morillas-Sáinz^b, J. Martínez-López^c, D. Rueda-Fernández^c, I. López-Villar^c, J. Perea-García^d, L. Fobles-Díaz^e, F. Colina-Ruizdelgado^f, Y. Rodríguez-Gil^f

^aServicio de Medicina de Aparato Digestivo, Consulta de Alto Riesgo, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico, Madrid. ^cServicio de Hematología, Laboratorio de Biología Molecular, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^dServicio de Cirugía Digestiva "B", Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^eUnidad de Cáncer Familiar, Servicio de Oncología Médica, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^fDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^gRegistro de Tumores, Hospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción: En el año 2002 se describe por primera vez la presencia de mutaciones bialélicas en el gen MYH como causa de un número significativo de poliposis adenomatosa familiar (PAF) sin mutaciones del gen APC.

Objetivo: Describir la prevalencia y características clínicas de los pacientes evaluados en la consulta de Alto Riesgo (CAR) del Hospital Doce de Octubre con mutaciones en el gen MYH.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva los datos de la historia clínica, hallazgos de las colonoscopias y estudios histopatológicos realizados a pacientes con mutaciones mono y bialélicas en el gen MYH. La indicación para solicitar el estudio genético fue la presencia de más de 10 adenomas sincrónicos o 15 metacrónicos. En pacientes con fenotipo "clásico" de PAF e historia familiar sugestiva de herencia dominante se descartaron inicialmente mutaciones en el gen APC. El estudio genético incluyó las cuatro mutaciones patogénicas más prevalentes en raza caucásica (Y165C, G382D, 1186_1187insGG y 1103delC). En individuos con mutaciones monoalélicas se realizó secuenciación completa del gen MYH.

Resultados: En el período comprendido entre 2004 y 2008 se han solicitado 82 estudios genéticos MYH, de los cuales se han detectado mutaciones bialélicas en 4 casos (5%) y monoalélicas en 8 casos (10%). De los pacientes con mutación detectada en MYH, 10/12 sujetos eran varones (83%). La edad media de los sujetos con al menos una mutación fue de 62 años (rango: 39-82). La media de

edad de los casos con mutación bialélica en MYH fue de 67 años (rango: 52 - 78). Dos pacientes con mutación bialélica presentaban éstas en heterocigosis (G382D/1186_1187insGG y Y165C/G382D, respectivamente). Ambos casos manifestaban un fenotipo de poliposis atenuada. En los 2 pacientes restantes, en los que se detectó la mutación Y165C en homocigosis, presentaban entre 10 y 15 adenomas tubulares asociados a un cáncer colorrectal diagnosticado a los 65 y 72 años. Tres de los 8 casos en los que se detectaron mutaciones monoalélicas correspondían a familiares de primer grado de uno de los probandos con mutación doble heterocigota. En los 5 casos restantes, se identificó la mutación 1186_1187insGG en heterocigosis: 3 de ellos presentaron un fenotipo con escasos adenomas (entre 10 y 15 lesiones metacrónicas) y 2 de poliposis atenuada (uno de los cuales asociaba una mutación de dudosa patogenicidad en el gen APC). La secuenciación completa del gen en los individuos con mutación monoalélica no detectó otras mutaciones asociadas en MYH.

Conclusiones: El 5% de los pacientes con formas atenuadas de poliposis son susceptibles de presentar una mutación bialélica en el gen MYH en el contexto de una Consulta de Alto Riesgo de un Hospital de 4º nivel. En un 10% de los casos se detectan mutaciones monoalélicas en sujetos con poliposis atenuadas.

REGISTRO ANDALUZ DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIA. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS RESULTADOS

M. Garzón^a, C. Cordero^a, A. Fizarro^a, M.I. Herrero^b, A.J. Hervás^c, R. García^d

^aUnidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Jerez de la Frontera, Cádiz. ^cUnidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^dServicio de Inmunología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo: Analizar las características fenotípicas y genotípicas de los pacientes incluidos en el Registro Andaluz de la PAF (RAPAF). Valorar la relación genotipo-fenotipo.

Material y métodos: En 2005 se creó el RAPAF. Se centralizó el estudio genético de todos los pacientes en el Servicio de Inmunología del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). De cada paciente se recogieron datos de filiación, antecedentes familiares de PAF, presencia de CCR al diagnóstico y su estadio, tipo de intervención quirúrgica realizada, afectación de tramos altos, desarrollo de pólipos o cáncer digestivo o tumores extradigestivo y tratamiento realizado, características de las mutaciones encontradas en cada familia.

Resultados: Desde enero de 2006 hasta junio 2009 se han incluido 77 pacientes de 33 familias. 31 probandos, edad media: 32 años (13-51) y 46 familiares en riesgo, edad media 21,8 años (6-55). De los 31 probandos, 26 se han intervenido, 13 (50%) mediante colectomía subtotal con anastomosis ileorectal (IRA), 6/26 (28%) colectomía total con anastomosis ileoanal (IPAA) y 7/26 (27%) colectomía total e ileostomía definitiva. Diez probandos presentaban cáncer colorrectal (CCR) al diagnóstico (32,25%); uno desarrolló cáncer rectal tras abandonar el seguimiento. 24 se han realizado endoscopia oral, y 14/24 (58,3%) tienen afectación de tramos altos, el 71,4% en duodeno, y 64,3% en papila. Un paciente desarrolló cáncer de duodeno tras abandono de seguimiento. De los 46 familiares afectos, 16 pendientes de intervención quirúrgica, 19 sometidos a IRA (63,3%), 9 (39%) IPAA y 2 (6,6%) ileostomía definitiva, sólo 2 presentaban CCR al diagnóstico (4,34%). Ninguno ha desarrollado cáncer de muñón rectal. 37/46 se han realizado endoscopia oral. En 16/37 (43,2%) se encontraron pólipos en tramos altos, 62,5%(10/16) en duodeno y 37,5%(6/16) en papila. No hubo cáncer a este nivel. De los 77 pacientes se halló HCEPR en 65,7%(23/35). El tumor desmoides se observó en 8/77 (10,4%). En 3 pacientes no se ha realizado estudio genético por fallecer antes de disponer de

este estudio. De los 74 restantes, en 63 (92,6%) es positivo. En el 61% la mutación se localizaba en exón 15 (38/63). Se han identificado 11 mutaciones previamente no descritas. Al correlacionar el tipo de mutación con el fenotipo de la enfermedad (presencia de HCEPR, afectación de tramos altos, tumor desmoides, cáncer de muñón rectal), sólo se obtuvo relación para la HCEPR ($p = 0,005$).

Conclusiones: El diagnóstico a edades más tempranas en los familiares en riesgo y su seguimiento precoz permite disminuir la incidencia de CCR en estos pacientes. La frecuencia de afectación de tramos altos es elevada al diagnóstico (40-60%), con predominio en duodeno. El tumor desmoides es el tumor extraintestinal más frecuente. Hemos obtenido relación estadísticamente significativa entre el genotipo y la HCEPR, no así con afectación de tramos altos, presencia de desmoides ni cáncer de muñón rectal.

RESULTADOS DEL PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL PAÍS VASCO

E. Ojembarrena^a, L. Bujanda^b, M. Zaballa^a, M. Moret^a, F. Múgica^b, I. Gil^b, A. Cosme^b, I. Casado^b, S. Ibáñez^a, C. Enciso^c, F. García-Campos^c, L. Eraña^d, I. Portillo^e

^aServicio de Digestivo, Hospital de Cruces, Bilbao. ^bServicio de Digestivo, CIBERehd, Universidad del País Vasco, Hospital Donostia, San Sebastián. ^cServicio de Digestivo, Hospital Txagorritxu, Vitoria. ^dServicio de Digestivo, Hospital Santiago, Vitoria. ^eOsakidetza- Oficina Central

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España. El cribado con sangre oculta en heces de tipo inmunológico (SOHi) es una de las estrategias para disminuir la mortalidad en esta enfermedad.

Objetivo: Analizar los resultados del programa piloto del cribado del CCR en el País Vasco.

Material y métodos: Se seleccionó una población diana de 28.187 personas entre los 50 y 69 años distribuidas en las tres provincias del País Vasco. Esta fase se desarrolló entre enero y setiembre de 2009. A los individuos se les envió una carta de presentación y otra de invitación con una sola prueba de SOHi. El punto de corte que se consideró para que la prueba fuera considerada positiva fue de 100 ng/ml. Atención Primaria participó tanto en la recogida de muestras como en la indicación de colonoscopia, preparación, y organización de las citaciones.

Resultados: La participación en el programa de cribado fue del 59%(16.066 personas). La prueba de SOHi fue positiva en el 7,9%(1.269 individuos). De las personas con pruebas positivas aceptaron la realización de colonoscopia del 79,4%(1.003 personas). La preparación intestinal fue buena o muy buena en el 85% de los casos y en el 97% se alcanzó el ciego. Los hallazgos endoscópicos fueron los siguientes: Los hallazgos endoscópicos fueron los siguientes: 66 adenocarcinomas (6,4%), adenoma de alto riesgo 373 individuos (37%), adenoma de bajo riesgo 164 (16,2%), pólipos hiperplásicos en 57 personas (5,6%), normal en 332 personas (32,9%) y otras lesiones en 16 personas (1,5%).

Conclusiones: 1. La participación en el programa de cribado de CCR con SOHi fue alta. 2. Aproximadamente la mitad de las personas a las que se realizó colonoscopia tenían lesiones de alto riesgo o cáncer.

RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL

L. Sanromán Álvarez, S. Molanes, C. Medina, E. Lloves, M.I. Souto, M.L. Martínez, L. Cid, M.L. de Castro, V. Hernández, A. Tardío, J.I. Rodríguez Prada

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa la segunda causa de muerte por cáncer en la población española. Existe un grupo de alto riesgo para desarrollar un CCR definido por caracte-

rísticas genéticas y familiares, entre otros. El estudio y la prevención del CCR en este grupo debe realizarse en consultas multidisciplinares especializadas (CAR-COLON).

Objetivo: Evaluar los resultados de la implantación de una consulta de alto riesgo de CCR (CAR-CCR) en el área del hospital Meixoeiro (Vigo).

Material y métodos: Se asignó un despacho y un enfermero dedicados a tiempo parcial apoyado por personal facultativo para organizar la CAR-CCR. Durante el año 2009 se realizó un registro retrospectivo de los casos de CCR diagnosticados durante el año 2008 a partir de los listados del servicio de Endoscopias. Asimismo se recogieron de forma prospectiva los casos de nuevo diagnóstico de CCR durante el año 2009 (enero-octubre) utilizando CMBD, listados de endoscopias y de ingresos en la planta de Cirugía. De forma simultánea se captaron los familiares de pacientes diagnosticados de CCR derivados desde las consultas externas. Se realizaba un primer contacto por vía telefónica. Posteriormente se citaban en la consulta para la realización de un árbol genealógico que abarcara un mínimo de tres generaciones, para finalizar con la elaboración de un informe con las recomendaciones de prevención y seguimiento según la guía de la AEG 2009 que se enviaba por correo.

Resultados: Se evaluaron un total de 180 casos con un 88% de participación. De los 160 casos que acudieron a nuestra consulta, 23 fueron remitidos por sus antecedentes familiares y 137 eran casos índice de CCR. En este segundo grupo, 37 de los pacientes acudieron personalmente a la consulta. Entre el grupo de pacientes diagnosticados de CCR, el 12,5% cumplían criterios de Bethesda y el 3,7% criterios de Amsterdam II solicitando estudios moleculares complementarios para confirmar el dx de CCR hereditario no asociado a poliposis. Con los resultados obtenidos de la valoración de los árboles genealógicos así como de los estudios de inmunohistoquímica, se ha elaborado un informe de cada caso con las recomendaciones de control y prevención de CCR según la última guía de la AEG, enviándolo por correo a cada paciente.

Conclusiones: La participación de la población a la consulta de alto riesgo de CCR es alta, bien sea por parte del paciente o sus familiares. Esta consulta demuestra ser un instrumento de gran utilidad para la detección de aquellos casos de CCR subsidiarios de un análisis genético-molecular adicional así como para estandarizar las medidas de cribado de CCR en pacientes de alto riesgo. Asimismo es una valiosa herramienta para difundir medidas de prevención primaria y secundaria de esta neoplasia.

UTILIZACIÓN DE LA PROBABILIDAD DIAGNÓSTICA PRE-PRUEBA DE LA CLÍNICA DEL PACIENTE PARA EL DISEÑO DE UN PANEL DE SÍNTOMAS DE RIESGO EN EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL CÁNCER COLORRECTAL

E. Bajador, I. Aured, K. Aspuru, J. Millastre, R. Vicente, R. Uribarrena, J. Val

Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Introducción: El diagnóstico del Cáncer Colorrectal (CCR) se fundamenta en la sospecha clínica y en la realización de la colonoscopia. Sin embargo, la sintomatología es muy prevalente y poco específica, por lo que es difícil establecer un criterio de prioridad para el acceso rápido a la colonoscopia que evite la lista de espera prolongada.

Objetivo: Diseño de modelos de criterios clínicos de alto riesgo de CCR que permitan crear vías eficientes de acceso rápido al diagnóstico sin sobrecargar a la Unidad de Endoscopias ni aumentar la lista de espera.

Material y métodos: Estudio de la probabilidad diagnóstica pre-prueba para CCR de 32 datos clínicos obtenidos mediante encuesta sistemática previa a la realización de la colonoscopia a un total de 1.022 pacientes, de los que 124 presentaron un CCR. Se analiza: Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN), Sensibilidad (S), Especificidad (E), Razón de Probabilidad Positiva (LR+) y Número Necesario de colonoscopias para Diagnosticar (NDD) un caso de CCR y los resultados obtenidos se utilizan para diseñar modelos de priorización en relación con la prevalencia de CCR en los pacientes en lista de espera de colonoscopia (probabilística Bayesiana).

Resultados: Algunos síntomas mostraron un alto Valor Predictivo Negativo (VPN) como la sintomatología anal (96,9) y el sangrado en forma de goteo terminal (91,8) o en forma de betas (86,6), mientras que la rectorragia de sangre mezclada con las heces presenta la mayor LR+ (3,11) para el diagnóstico de CCR. La edad incrementa su VPP en cada década, a expensas de un descenso en la sensibilidad. Las mejores LR+ se obtienen a partir de 60 años (1,71) o 70 años (2,23). En la tabla se exponen algunos de los paneles más relevantes obtenidos con este modelo.

Conclusiones: La edad igual o superior a 50 años, la rectorragia, la sintomatología anal o la rectorragia en forma de goteo terminal o en forma de betas, tienen muy baja probabilidad diagnóstica pre-prueba para CCR. Los paneles con mejor rentabilidad diagnóstica son: edad \geq 50 años + rectorragia, la asociación de rectorragia y alt. ritmo intestinal, la Hb \leq 11 g/dl o la asociación edad \geq 50 años y rectorragia de sangre mezclada con las heces. La aplicación de estos paneles como sistema de priorización del acceso a la colonoscopia permitiría una buena eficiencia diagnóstica sin sobrecargar la lista de espera de la prueba o demorar innecesariamente al resto de pacientes no priorizados.

Inflamación intestinal

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL "TABACROHN"

T. Nunes^a, M.J. Etchevers^a, I. Marín^b, L. Menchén^b, V. García^a, E. García^d, D. Ginard^e, M. Barreiro^g, F. Gomollón^h, M. Arroyo^h, O. Merinoⁱ, S. Gallegoⁱ, S. García^k, E. Gento^k, B. González^l, C. Agustía^a, C. Figueroa^a, M. Sans^a

^aHospital Clínic, Barcelona. ^bHospital Gregorio Marañón, Madrid.

^cHospital Reina Sofía, Córdoba. ^dHospital Sant Pau, Barcelona.

^eHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^fHospital Clínico

Universitario, Santiago de Compostela. ^gHospital Clínico, Zaragoza.

^hHospital de Cruces, Barakaldo. ⁱHospital Miguel Servet, Zaragoza.

^jHospital General Yagüe, Burgos. ^kHospital Juan Canalejo, A Coruña

Introducción: El tabaco ejerce un efecto importante sobre el desarrollo de la enfermedad de Crohn (EC) y su curso clínico. Un

Panel	VPP	Sensibilidad	Especificidad	LR+	NND
Edad \geq 50 años	15,01	93,55	26,84	1,28	19,77
Rectorragia	16,59	62,10	56,90	1,44	17,66
Edad \geq 50 + rectorragia en general	21,16	62,93	58,60	1,52	16,79
Rectorragia + alt. ritmo intestinal	28,06	50,65	74,16	1,96	13,24
Hb \leq 11 g/dl	31,07	26,89	88,60	2,36	11,17
Edad \geq 50 + Rectorragia sangre mezclada	35,78	33,62	89,35	3,16	8,61

estudio previo demostró que los pacientes que dejan de fumar presentan una mejor evolución. Una limitación importante de los programas de deshabituación tabáquica es su baja tasa de aceptación, habitualmente inferior al 10%.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de deshabituación tabáquica específicamente diseñado para pacientes con EC fumadores.

Métodos: TABACROHN es un estudio multicéntrico prospectivo en el que participan 11 centros españoles. Se han incluido pacientes con EC inactiva definida por un índice de Harvey-Bradshaw y PCR normal. Los pacientes fueron evaluados en relación a datos demográficos, historia clínica y exposición al tabaco. En relación al tabaquismo, se clasificaron en fumadores activos (≥ 7 cigarrillos/semana), ex fumadores (suspensión tabaquismo mínimo 6 meses previo a la inclusión) y no fumadores (< 7 cigarrillos/semana). Todos los pacientes fumadores fueron orientados sobre los riesgos del tabaquismo y se les propuso la deshabituación tabáquica. Cada centro utilizó la estrategia de deshabituación según los recursos disponibles. Entre las medidas empleadas figuran aviso médico intensivo sobre los efectos negativos del tabaco por médico gastroenterólogo, neumólogo o otorrinolaringólogo, tratamiento psicológico y farmacológico (vareniclina, bupropiona o parches transdérmicos nicotínicos). El seguimiento se realiza con visitas ambulatorias cada 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 1.094 pacientes, 522 (47,5%) mujeres y 572 (52,3%) hombres, edad media de 41,3 años con tiempo de seguimiento medio de 107 meses. 371 pacientes (33,9%) eran fumadores, 463 (42,3%) no fumadores y 260 (23,8%) ex fumadores. 192 pacientes (51,75% de los fumadores) aceptaron participar del programa de deshabituación. La tasa de éxito del programa de deshabituación (% de pacientes fumadores que dejan de fumar) fue del 16,2% (49 de 302 pacientes) en la visita 3 meses, del 24,38% (59 de 242 pacientes) en la visita de 6 meses, del 25,47% (40 de 157 pacientes) en la visita de 9 meses y del 30,7% (35 de 114 pacientes) en la visita de 12 meses. Las tasas de recaída en las visitas de 3, 6, 9 y 12 meses fueron respectivamente del 0%, 1,23% (3 pacientes), 7% (11 pacientes), 9,64% (11 pacientes).

Conclusiones: Datos preliminares disponibles sugieren que un programa de deshabituación tabáquica específicamente diseñado para pacientes con EC presenta buenas tasas de adhesión/éxito y debería ser parte de la estrategia terapéutica en todos los pacientes con EC fumadores.

ABSCESOS ABDOMINALES NO DRENABLES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN, ¿ES SUFICIENTE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO?

M. Peñalva^a, F. Rodríguez-Moranta^a, A. Soriano-Izquierdo^a, L. Rodríguez^a, X. Vázquez^a, T. Broquetas^a, J.M. Botargues^a, A. Berrozpe^a, M. Millán^b, J. Guardiola^a

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ^aServicio de Gastroenterología y ^bServicio de Cirugía General, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: Un 10% de pacientes con enfermedad de Crohn (EC), desarrollan abscesos abdominales (AA) a lo largo de su vida. El manejo inicial implica el drenaje percutáneo siempre que éste sea posible. Se desconoce cuál es la evolución de los AA cuando, ante la imposibilidad de drenaje percutáneo, el manejo inicial es únicamente tratamiento antibiótico.

Objetivo: Evaluar el resultado del tratamiento conservador con antibiótico como primer abordaje terapéutico en el tratamiento de los AA no drenables por vía percutánea identificando los factores predictivos de resolución.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. De 480 pacientes con EC de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intesti-

nal, se evaluaron 53 pacientes con AA, 24 de los cuales no fueron drenables por vía percutánea, instaurándose antibiótico como tratamiento único. Se analizan variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas. Se definió el éxito terapéutico como la no necesidad de un nuevo tratamiento a lo largo del siguiente año tras el diagnóstico.

Resultados: El tratamiento antibiótico consiguió el éxito en 12/24 pacientes (50%); en el resto de casos se requirió de tratamiento quirúrgico para la resolución definitiva. El tiempo de hospitalización fue de 14 ± 10 días en caso de éxito y de 55 ± 32 días en caso de fracaso ($p < 0,001$), mientras que el tiempo total de resolución del cuadro fue de 76 ± 103 días en caso de éxito y de 133 ± 125 días en caso de fracaso ($p = 0,7$). Los factores predictivos de éxito fueron: la localización no ileal de la EC ($p = 0,02$), ser *naïve* a inmunosupresores ($p = 0,04$) y la ausencia de fístula en la TC abdominal ($p = 0,04$).

Conclusiones: El tratamiento conservador con antibiótico como primer abordaje en los AA no drenables por vía percutánea consigue la resolución en un 50% de los casos, evitando la cirugía. La localización no ileal de la EC, ser *naïve* a inmunosupresores y la ausencia de fístula predicen el éxito de dicha estrategia terapéutica.

AFÉRESIS LEUCOCITARIA COMO TRATAMIENTO PUENTE A TIOPURINAS EN COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE. RESULTADOS DE UN REGISTRO NACIONAL

V. Hernández^a, J.L. Cabriada^b, N. Ibarroyen^c, Y. Zabana^d, B. Merino^e, C. González^f, B. González^g, M. Esteve^h, J. Estellés, I. Ordasⁱ, G. Gómez^k, J. Clófent^l, D. Ginard^m, E. Domènech^d, en representación del Registro SIMAC de GETECCU

^aComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo. ^bHospital Galdakao-Usansolo, Galdakao. ^cServicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. ^dHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^eHospital Gregorio Marañón, Madrid. ^fHospital Costa del Sol, Marbella. ^gComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ^hHospital Mutua de Terrassa, Terrassa. ⁱHospital Clínico San Carlos, Madrid. ^jHospital Clínic, Barcelona. ^kHospital Doce de Octubre, Madrid. ^lHospital La Fe, Valencia. ^mHospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Introducción: Estudios no controlados y series abiertas sugieren que la aféresis leucocitaria podría ser eficaz en inducir la remisión clínica en la colitis ulcerosa (CU) corticodependiente. Sin embargo, la mayor parte de los estudios están realizados sobre un escaso número de pacientes. Por otro lado, la utilidad de la aféresis como tratamiento adyuvante en la enfermedad inflamatoria intestinal nunca se ha estudiado. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la aféresis como tratamiento puente a tiopurinas en pacientes con CU corticodependiente.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes incluidos en el Registro SIMAC (registro nacional creado para monitorizar la eficacia y seguridad de dispositivos de aféresis para el tratamiento de pacientes con CU) que fueron tratados con aféresis como tratamiento puente a tiopurinas. Todos los pacientes iniciaron el tratamiento inmunosupresor concomitantemente con la aféresis o durante el mes anterior. Se determinó el Índice de Actividad de Mayo (IA) antes de iniciar las aféresis y 1, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento. Se definió Remisión como un $IA \leq 2$ junto con una retirada completa de corticoides, y Respuesta como un descenso del $IA \geq 3$ respecto al basal. El número de sesiones de aféresis dependía del criterio del médico responsable del paciente.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (18 mujeres, edad media $37,2 \pm 14$ años). La mediana de tiempo desde el diagnóstico era de 29,9 meses [13,1-78], y el 55,3% de los pacientes presentaba una colitis extensa. La IA basal mediana fue 8 [7-9]. Un mes tras finali-

zar la aféresis, el 78,9% de los pacientes presentaron respuesta, con una tasa de remisión de 31,6%. La mayor parte de los pacientes que presentaron respuesta o remisión inicial mantenían la respuesta a largo plazo; a los 6 meses el 53% de los 30 pacientes respondedores estaban en remisión, y el 56,7% a los 12 meses. Se observó un bajo porcentaje de efectos adversos.

Conclusiones: La aféresis leucocitaria podría ser útil como tratamiento puente en los pacientes con CU que inician tiopurinas por corticodependencia. Más del 50% de los pacientes que responden inicialmente permanecen en remisión libre de corticoides a los 12 meses.

AFÉRESIS LEUCOCITARIA EN COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE. RESULTADOS DE UN REGISTRO NACIONAL

J.L. Cabriada^a, V. Hernández^b, N. Ibagoyen^c, E. Domènech^d, J. Clófent^e, D. Ginard^f, N. Martínez-López^g, O. Foncero^h, C. Saroⁱ, C. Jiménez^j, A. Palau^k, F. Muñoz^l, E. García-Planella^m en representación del Registro SMAC de GETECCU

^aHospital Galdakao-Usansolo, Galdakao. ^bHospital Meixoeiro, Vigo. ^cAgencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria País Vasco -Osteba-, Vitoria. ^dHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^eHospital La Fe, Valencia. ^fHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^gHospital General de Albacete, Albacete. ^hHospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan. ⁱHospital Cabueñes, Gijón. ^jHospital Virgen del Camino, Pamplona. ^kHospital General de Castellón, Castellón. ^lHospital de León, León. ^mHospital Sant a Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción: Estudios no controlados y series abiertas, generalmente con pocos pacientes, sugieren que la aféresis leucocitaria puede ser eficaz en colitis ulcerosa (CU) corticodependiente.

Objetivo: Valorar la utilidad de la aféresis en CU corticodependiente en condiciones de práctica clínica.

Método: Se identificaron los pacientes con CU corticodependiente, incluidos en el Registro SMAC (registro nacional creado por GETECCU y Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, para monitorizar eficacia y seguridad de la aféresis en CU que incluyó un total de 195 pacientes). Se empleó el índice Mayo (IM) de forma basal, y a los 1, 6 y 12 meses tras la última sesión de aféresis. Se definió *remisión* como un IM ≤ 2 con retirada completa de corticoides; *respuesta* como el descenso ≥ 3 puntos sobre el basal; y *recidiva* como cualquier brote no controlado con salicilatos orales o tratamiento tópico.

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes (62% varones, edad media 40 ± 14 años, 61% colitis extensa, mediana de tiempo desde el diagnóstico 42 meses [RIC: 22-82], 23% con antecedente de fracaso previo o intolerancia a anti-TNF y 85% a tiopurinas). En el 85% la aféresis se inició asociada a corticoides sistémicos. La tasa de respuesta inicial (al mes de finalizar el régimen de aféresis) fue del 68%, con un 37% de los pacientes alcanzando remisión completa. No existieron diferencias entre los que habían recibido o no previamente IMM o anti-TNF. En los pacientes con respuesta inicial se apreció una reducción significativa de PCR ya a la tercera sesión de aféresis ($p = 0,035$). De los 45 pacientes con respuesta inicial parcial (respuesta sin remisión), 19 (42%) alcanzaron la remisión clínica a los 6 meses sin tratamiento adicional e independientemente del empleo de mantenimiento con aféresis o no (44% vs 41% $p > 0,05$). A los 6 meses, el 60% de los respondedores iniciales (41% del global de la serie) se hallaban en remisión y a los 12 meses el 54% (36% del global), sin apreciarse diferencias en relación al mantenimiento con aféresis o el antecedente de fracaso previo de tiopurinas.

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica, la aféresis consigue tasas del 40% de remisión libre de esteroides a los 12 meses en pacientes con CU corticodependiente. Una proporción considerable de pacientes con respuesta inicial parcial logran entrar en remisión

de forma tardía. El descenso de los niveles de PCR tras 3 sesiones de aféresis podría constituir un indicador precoz de eficacia.

AFÉRESIS LEUCOCITARIA EN COLITIS ULCEROSA CORTICORREFRACTARIA. RESULTADOS DE UN REGISTRO NACIONAL

J.L. Cabriada^a, V. Hernández^b, N. Ibagoyen^c, E. Domènech^d, J. Clófent^e, D. Ginard^f, A. Arín^g, M. Aguas^h, J. Barrio^b, A. Peredaⁱ, J.M. Duque^j, en representación del Registro SMAC de GETECCU

^aHospital Galdakao-Usansolo, Galdakao. ^bHospital Meixoeiro, Vigo. ^cAgencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria País Vasco -Osteba-, Vitoria. ^dHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^eHospital La Fe, Valencia. ^fHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^gHospital de Navarra, Pamplona. ^hHospital del Río Hortega, Valladolid. ⁱHospital Infantil La Fe, Valencia. ^jHospital San Agustín de Avilés, Asturias

Introducción: Estudios no controlados y series abiertas, generalmente con pocos pacientes, sugieren que la aféresis leucocitaria puede ser eficaz en inducir remisión clínica en colitis ulcerosa (CU) corticorrefractaria.

Objetivo: Valorar la utilidad de la aféresis en CU corticorrefractaria en condiciones de práctica clínica.

Método: Se identificaron los pacientes con CU corticorrefractaria, incluidos en el Registro SMAC (registro nacional creado por GETECCU y Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, para monitorizar eficacia y seguridad de la aféresis en CU que incluyó un total de 195 pacientes). Se empleó el índice Mayo (IM) de forma basal, y a los 1, 6 y 12 meses tras la última sesión de aféresis. Se definió *remisión* como un IM ≤ 2 con retirada completa de corticoides; *respuesta* como el descenso ≥ 3 puntos sobre el basal; y *recidiva* como cualquier brote no controlado con salicilatos orales o tratamiento tópico. El régimen de aféresis se realizó a criterio clínico.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (62% varones, edad media 42 años, 70% colitis extensa, mediana de tiempo desde el diagnóstico 24,3 meses [RIC: 8,8-77,6]). 19 (40%) mostraban actividad grave al ser valorados para aféresis. 42% presentaba fracaso o intolerancia previa a ciclosporina (CsA) y 17% a infliximab (IFX). No finalizaron el nº de sesiones prescritas 17% (32% en caso de actividad grave vs 7% en caso de actividad leve-moderada, $p = 0,047$). La tasa de respuesta inicial fue del 64% con un 32% de remisión completa. La remisión tiende a ser inferior en caso de actividad grave (16% vs 43% $p = 0,151$). Todos los pacientes (8) que previamente había sido tratados con infliximab mostraron remisión o respuesta. En los respondedores se apreció un descenso significativo sobre el basal de PCR ($p = 0,020$) y VSG ($p = 0,032$) ya a la 3ª sesión. A 6 y 12 meses la remisión se mantuvo en 77% y 53% de los respondedores iniciales, respectivamente (49% y 34% del global de la serie, respectivamente). La tasa de colectomía fue de 22% a los 12 meses.

Conclusiones: La aféresis es eficaz en inducir remisión clínica en CU corticorrefractaria, incluso tras respuesta incompleta a otros tratamientos. Sin embargo es poco eficaz en caso de actividad grave, sugiriendo que otras alternativas, como la combinación con CsA o IFX, o un esquema de tratamiento más intensivo, necesitan ser evaluadas en este escenario.

APLICABILIDAD Y EFICACIA DEL DRENAJE PERCUTÁNEO DE LOS ABSCESOS ABDOMINALES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro, J. Maté, J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un proceso inflamatorio que afecta de forma transmural a las paredes intestinales,

puediendo dar lugar a la formación de fístulas y abscesos abdominales espontáneos. Clásicamente la cirugía de urgencias era el tratamiento de elección en estos pacientes; en las dos últimas décadas, el drenaje percutáneo de los abscesos abdominales se ha convertido en una opción terapéutica en los pacientes con EC.

Objetivo: Evaluar la aplicabilidad y la eficacia del drenaje percutáneo de los abscesos abdominales espontáneos en los pacientes con EC.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes con EC y abscesos abdominales espontáneos atendidos en nuestro hospital en los últimos 10 años. Se excluyeron aquellos pacientes con absceso abdominal secundario a un procedimiento quirúrgico. Se consideró absceso subsidiario de drenaje percutáneo aquel que era accesible, bien definido y único.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (edad media 32 años, 53% varones). El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la aparición del absceso abdominal fue de 6 años (rango 0-20 años). Tres pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominal por la EC y 4 pacientes estaban en tratamiento con inmunomoduladores. El dolor abdominal fue el síntoma de presentación más frecuente (54%), 5 pacientes presentaron fiebre (30%), 3 pacientes (18%) abdomen agudo y 4 pacientes (24%) estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico. Sete pacientes (42%) presentaban abscesos abdominales subsidiarios de drenaje percutáneo; de ellos, 6 fueron tratados mediante esta aproximación terapéutica como primera opción y uno fue sometido a cirugía urgente. De los 6 pacientes tratados con drenaje percutáneo, en uno se resolvió el absceso y no precisó cirugía posterior, y en 2 de ellos se realizó cirugía electiva un mes y medio más tarde (en uno por fístula y en otro por estenosis), y en los otros 2 pacientes fue necesario el tratamiento quirúrgico para resolver el absceso abdominal por fracaso del tratamiento percutáneo.

Conclusiones: 1) Aproximadamente la mitad de los abscesos abdominales en los pacientes con EC son subsidiarios de drenaje percutáneo. 2) El tratamiento quirúrgico puede ser evitado o convertido en electivo mediante el drenaje percutáneo del absceso abdominal en pacientes seleccionados. 3) Aun así, la cirugía (urgente o electiva) será necesaria como tratamiento definitivo en la mayoría de los pacientes.

ASPECTOS RELEVANTES DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. UNA SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

L. Marín^a, M. Seoane^b, L. Oltra^c, A. Torrejón^d, P. Hernández^e, M.I. Vera^f, V. García^g, F. Casellas^d, E. Parody^h

^aServicio Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bServicio Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ^cServicio Aparato Digestivo, Hospital de Sagunto, Valencia. ^dServicio Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron-CIBEREHD, Barcelona. ^eServicio Aparato Digestivo, Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ^fServicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ^gServicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^hTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid

Objetivo: Identificar la evidencia científica disponible sobre aspectos clave del manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) por parte del personal de enfermería.

Métodos: Búsqueda sistemática sobre enfermería en el manejo de la EII en bases de datos bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, Índice Médico Español (IME), y la biblioteca Cochrane) de 1999 a 2009, y literatura gris (sociedades profesionales, agencias de calidad asistencial), en inglés o castellano. Criterios de inclusión: el documento trata de EII y aporta algún aspecto relevante sobre estructura, pro-

ceso o resultado de estrategias asistenciales de enfermería. Si con la lectura del título el documento no podía ser excluido, se leía el abstract, y si no era excluido, se leía el documento en texto completo. Para decidir si el documento cumplía los criterios de inclusión, la lectura fue realizada por dos investigadores de forma independiente y, en caso de discrepancia, se resolvía por consenso.

Resultados: Se encontraron 232 títulos en MEDLINE, 33 en EMBASE, 6 en el IME, y 1 en la Cochrane Library. De estos 272 documentos, 12 reunían criterios de inclusión. En la búsqueda de literatura gris se identificaron 34 instituciones (e.g., sociedades profesionales) de ámbito nacional y 3 internacionales (2 de ámbito europeo), y 10 agencias de calidad asistencial. De estas instituciones se incluyeron 5 de 6 documentos encontrados. Los aspectos tratados en los documentos, se pueden clasificar en tres grandes temas: organizativos, competencias de enfermería y resultados en los pacientes. Sete documentos mencionan aspectos organizativos (especialmente estructura) en enfermería, 13 se centran en competencias, habilidades, o capacidades del personal de enfermería, y 7 mencionan aspectos de resultados en pacientes, incluida la calidad de vida. En cuanto al diseño o metodología, 6 estudios utilizan metodología cualitativa, 3 son revisiones sistemáticas, 3 estudios observacionales, 2 revisiones no sistemáticas, 2 son estándares de calidad, uno es un artículo de opinión, y uno es un ensayo clínico. La evidencia disponible menciona el papel de enfermería, pero no se ha encontrado ninguna definición conceptual ni operacional de formas organizadas en enfermería (e.g., unidades de enfermería) para el manejo de la EII. Sólo cuatro estudios (tres observacionales y un ensayo clínico controlado) miden los resultados que diferentes intervenciones de enfermería producen en los pacientes. Los cuatro estudios tienen importantes defectos metodológicos.

Conclusiones: La evidencia científica sobre el papel de la enfermería y los resultados clínicos y calidad de vida de los pacientes con EII atribuibles a las actividades de enfermería es escasa y de baja calidad metodológica. Se deberían diseñar estudios que exploren las formas organizativas existentes, las competencias del personal de enfermería, las estrategias asistenciales utilizadas, y la efectividad de todo ello en el cuidado de los pacientes.

CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN LA COLITIS ISQUÉMICA (CI). IMPORTANCIA DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y EL MOMENTO DE LAS BIOPSIAS

M. Montoro^a, S. Santolaria^a, B. Sánchez Puértolas^a, J. Vera^b, L. Bujanda^{c,y}, A. Cosme^c, J.L. Cabriada^d, M. Durán^d, M. Mata^e, A. Santamaría^e, G. Ceña^f, J.M. Blas^f, J. Ponce^{g,y}, M. Ponce^{g,y}, L. Rodrigo^h, J. Fernández Sordo^h, C. Muñozⁱ, G. Arozenaⁱ, D. Ginardⁱ, A. López-Serrano^k, M. Castro^k, M. Sans^{l,y}, R. Campo^m, A. Casalotsⁿ, V. Oriveⁿ, A. Loizateⁿ, Ll. Titó^o, E. Portabella^o, P. Otazua^o, M. Calvo^o, M.T. Botella^p, C. Thomson^p, J.L. Mundi^q, E. Quintero^r, D. Nicolás^r, F. Borda^s, B. Martínez^s, J.P. Gisbert^t, M. Chaparro^t, A. Jiménez Bernadó^u, F. Gómez-Camacho^u, A. Cerezo^v, E. Casal Núñez^x

Diseño: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, multicéntrico y nacional. Entre septiembre de 2005 y marzo de 2007, se reclutaron en 24 hospitales españoles 364 pacientes que reunían criterios de CI (Brandt). El estudio incluyó la obtención de biopsias en 297 pacientes y 25 piezas de colectomía y su diseño permitió conocer el TTPC y el momento en que se tomaron los especímenes. Ello permitió ponderar la influencia del TTPC sobre cada uno de los 15 rasgos histológicos descritos para la CI1 (análisis bivariable).

Resultados: Rasgos patognomónicos de CI, como el infarto de la mucosa y "ghost cells" fueron vistos en el 7,7% y 5,7% de las biopsias endoscópicas y en el 64% y 20% de las biopsias quirúrgicas. Estos hallazgos fueron observados con mayor frecuencia en las primeras 48 horas (16,9% (infarto de la mucosa) y 13% (ghost cells), respectivamente [$p < 0,001$]). Otros hallazgos tales como el tejido

de granulación (TG) y la fibrosis se observaron en el 50% de los casos, cuando las biopsias se tomaron al menos 5 días después de los síntomas, y solo en el 35,1% cuando fueron tomadas en < 48 horas ($p < 0,05$). Hallazgos como la presencia de macrófagos cargados de hemosiderina fueron más frecuentes cuando las biopsias fueron tomadas al menos 5 días después de la presentación clínica (15,7% vs 8,2% [$p = 0,07$]).

Conclusiones: 1. Los datos proporcionados en este estudio aportan evidencias objetivas para una descripción secuencial de los cambios histológicos esperables en la CI. 2. Los cambios morfológicos patognomónicos de CI son observados con mayor frecuencia en las fases iniciales de la enfermedad (< 48h). 3. La demostración de fibrosis, tejido de granulación o de macrófagos cargados de hemosiderina es más frecuente al menos 5 días después de la presentación clínica y puede ser de valiosa ayuda para establecer el diagnóstico en un contexto clínico apropiado.

COLITIS ULCEROSA DISTAL CON AFECTACIÓN PERIAPENDICULAR: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.E. Naves, V. Lorenzo-Zúñiga, B. Oller, Y. Zabana, M. Mañosa, J. Boix, E. Cabré, E. Domènech

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) se define por la afectación en continuidad desde la mucosa rectal y en sentido proximal. Se ha descrito, sin embargo, la posibilidad de formas de CU distal con afectación de la mucosa cecal periapendicular (CU-PA), existiendo pocos datos sobre la evolución de éstas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de CU-PA en pacientes con CU y sus características clínicas y evolutivas. **Métodos:** de la base de datos de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, se identificaron los pacientes con CU distal que en algún momento se constató afectación periapendicular. Cada caso se apareó según año de diagnóstico, extensión al diagnóstico, hábito tabáquico y edad (cuando fue posible) con 2 pacientes con CU sin afectación periapendicular. Se registraron los datos epidemiológicos, clínicos, requerimientos terapéuticos y cambio de diagnóstico.

Resultados: De 486 pacientes con CU, 14 (2%) presentaban CU-PA. El 78% eran hombres y en el 78% de los casos la extensión en el momento diagnóstico era proctitis. La mediana de edad al diagnóstico fue de 40 años (IIQ 22-50) y el tiempo de seguimiento fue de 78 meses (IIQ 45-123). La evolución de la CU-PA fue benigna, con pocas recidivas y sólo en el 14% (2 casos) se constató progresión proximal. El manejo se basó en salicilatos orales (28%), tópicos (36%), o combinados (36%), y raramente requirieron otros tratamientos. Esta cohorte se comparó con una cohorte control de 25 pacientes. La CU-PA fue significativamente más frecuente en hombres ($p = 0,047$), pero no se hallaron diferencias en requerimientos de esteroides sistémicos, inmunomoduladores, colectomía, corticodependencia, corticorefractariedad ni progresión proximal entre ambos grupos.

Conclusiones: La CU-PA es más frecuente en hombres y suele tener una evolución clínica benigna, independientemente de si se sigue tratamiento tópico o oral de mantenimiento.

CUANTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE

I. Ordás^a, S. Rodríguez^b, O. García-Bosch^a, M. Aceituno^a, E. Ricart^a, J. Rimola^b, J. Panés^a

^aServicio de Gastroenterología. ^bServicio de Radiología. Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos: 1) Determinar la utilidad de la resonancia magnética (RM) para la evaluación de la actividad en la enfermedad de Crohn

(EC); 2) Derivar un índice de actividad de la enfermedad por RM y 3) Validar los resultados en una cohorte independiente.

Métodos: Se incluyeron 50 pacientes con EC en la cohorte de derivación y 48 en la cohorte de validación. La colonoscopia fue el estándar de referencia cuantificando la actividad mediante el índice endoscópico CDEIS. Para realizar la RM se administró contraste oral y un enema de agua. Los parámetros radiológicos evaluados fueron: engrosamiento, intensidad basal de la señal de la pared antes y después de la administración de contraste, hipercaptación relativa de contraste, presencia de edema, úlceras, pseudopólipos y adenopatías.

Resultados: Se observó un incremento progresivo en todos los parámetros evaluados en relación con la gravedad de la enfermedad, con diferencias significativas ($p < 0,001$) entre enfermedad inactiva, leve/moderada y grave. Las variables con valor predictivo independiente para la determinación de actividad y gravedad en la cohorte de derivación fueron: engrosamiento de la pared, hipercaptación relativa de contraste, edema y úlceras. Estas variables y los coeficientes (y por tanto el índice de actividad) fueron validados en la segunda cohorte. Aplicando los correspondientes coeficientes, la sensibilidad y especificidad para detectar actividad fue de 0,84 y 0,82 en la cohorte de derivación y 0,90, 0,89 en la cohorte de validación. Se observó una correlación significativa ($r = 0,78$, $p < 0,0001$) entre el CDEIS y el índice de RM basado en las variables descritas (cohorte de derivación) confirmándose en la cohorte de validación ($r = 0,80$, $p < 0,001$).

Conclusiones: la elevada sensibilidad y especificidad de la RM para la detección de actividad y gravedad de las lesiones ofrece la posibilidad de utilizar la RM como alternativa a la endoscopia en la evaluación de la EC.

CURACIÓN MUCOSA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA RESPONDEDORES A AZATIOPRINA

M. Mañosa^a, J.E. Naves^a, E. García-Planella^b, Y. Zabana^a, J. Gordillo^b, V. Moreno^a, S. Sáiz^b, J. Boix^a, E. Cabré^a, E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción: La curación mucosa (CM) en la colitis ulcerosa (CU) se ha relacionado con un mejor pronóstico a largo plazo. En pacientes con CU activa tratados con infliximab, la CM se consigue en el 50-60% después de 6 meses de tratamiento. La eficacia de azatioprina (AZA) en la CU se basa en un solo estudio controlado en el que la CM se consiguió en el 58% a los 6 meses de tratamiento.

Objetivos: Evaluar la proporción de pacientes con CU que, consiguiendo respuesta clínica a AZA, obtienen también CM.

Pacientes y métodos: Se identificaron aquellos pacientes con CU tratados con AZA que habían obtenido respuesta clínica (remisión libre de esteroides, sin infliximab concomitante, ≤ 6 meses de iniciar AZA) y de los que se disponía endoscopia antes de iniciar AZA y en algún momento después de obtener la respuesta clínica. La CM se definió como una puntuación ≤ 1 en el índice de Mayo. Se excluyeron aquellos pacientes que habían recibido infliximab en algún momento antes de la endoscopia de control.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes (66% hombres), 70% con CU extensa. La indicación de AZA fue corticodependencia (57%) o mantenimiento post-ciclosporina (38%); 89% recibían esteroides al inicio de AZA. El 95% no fumaban activamente en el momento de iniciar AZA. La introducción de AZA se produjo después de una mediana de 72 meses (IIQ 34-144) del diagnóstico de CU. La endoscopia se realizó después de una mediana de 42 meses de iniciar AZA (IIQ 28-77), constatándose CM en el 74% de los pacientes. El análisis univariado no identificó factores asociados a una mayor probabilidad de CM, ni siquiera la necesidad de algún curso de esteroides adicional previa a la endoscopia de control. Sólo 2 pacientes requirieron colectomía durante el seguimiento.

Conclusiones: En pacientes con CU tratados con AZA para el mantenimiento de la remisión, la remisión clínica inicial se acompaña de CM en la mayoría de casos.

DRENAJE PERCUTÁNEO VERSUS QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS ABDOMINALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

F. Rodríguez-Moranta^a, M. Peñalva^a, X. Vázquez^a, T. Broquetas^a, L. Rodríguez^a, A. Berrozpe^a, A. Soriano-Izquierdo^a, J.M. Botargues^a, E. Sánchez^a, M. Millán^b, S. Biondo^b, J. Guardiola^a

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ^aServicio de Gastroenterología y ^bServicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona

Introducción: El 10% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) desarrollan abscesos abdominales (AA) a lo largo de su vida. El tratamiento habitual suele ser quirúrgico aunque, con frecuencia, se intenta previamente el drenaje percutáneo (DP). Se desconoce qué abordaje es más adecuado para su resolución.

Objetivo: Evaluar el resultado del primer abordaje terapéutico (DP o cirugía) en el tratamiento de los AA en la EC e identificar los factores predictivos de fracaso.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Población: 480 pacientes con EC de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Periodo de estudio: episodios de AA diagnosticados entre 1999-2009. Se analizan variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas. Se define fracaso de la primera estrategia terapéutica a la necesidad de un nuevo tratamiento a lo largo del primer año tras el diagnóstico.

Resultados: Durante el periodo de estudio se identificaron 29 pacientes (31 episodios) con AA. El primer abordaje terapéutico fue en 17 casos (55%) el DP y en 14 (45%) la cirugía. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a las variables basales del estudio. El éxito de la primera estrategia terapéutica se produjo en 5/17 (29%) en el grupo de DP y en 10/14 (71%) en el grupo de cirugía ($p = 0,03$). Los días totales de hospitalización hasta la resolución del AA fueron de 40 ± 23 días en el grupo de DP y de 27 ± 17 días en el grupo de cirugía ($p = 0,1$). El tiempo total de resolución del AA fue 98 ± 92 días en el grupo de DP y 100 ± 134 días en el de cirugía ($p = 0,7$). No se identificaron variables predictivas de fracaso.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es más eficaz en la resolución del AA que el DP, si bien, en un tercio de estos pacientes se obtiene la curación a largo plazo. No se han demostrado diferencias en el tiempo de resolución ni en los días de hospitalización entre ambas estrategias terapéuticas.

EFFECTIVIDAD DE INFLIXIMAB TRAS FRACASO DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Chaparro^a, M. Andreu^b, M. Barreiro^c, E. García-Planella^d, E. Ricart^e, E. Doménech^f, M. Esteve^g, O. Merino^h, B. Beltránⁱ, M. Peñalva^j, J.P. Gisbert^a

Servicios de Aparato Digestivo: ^aHospital La Princesa, Madrid. ^bHospital del Mar, Barcelona. ^cHospital Santiago, Santiago de Compostela. ^dHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^eHospital Clínic, Barcelona. ^fHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^gHospital Mutua de Terrassa, Barcelona. ^hHospital de Cruces, Bilbao. ⁱHospital La Fe, Valencia. ^jHospital de Bellvitge, Barcelona

Introducción: Adalimumab e infliximab son anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF) que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC). En caso

de fracaso de un anti-TNF (debido a respuesta parcial, pérdida de respuesta o intolerancia por aparición de efectos adversos), el cambio a otro fármaco anti-TNF puede ser una opción terapéutica. Hasta el momento no existen datos publicados sobre la eficacia de infliximab tras el fracaso del tratamiento con adalimumab.

Objetivo: Evaluar la efectividad de infliximab como tratamiento de segunda línea tras fracaso de adalimumab en pacientes con EC.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC registrados en la base de datos nacional de enfermedad inflamatoria intestinal (ENEIDA) que hubieran recibido tratamiento con infliximab tras fracaso de adalimumab. La respuesta al tratamiento con infliximab se evaluó según el criterio del médico, ya que se trata de un estudio de práctica clínica habitual.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con EC que habían recibido infliximab tras fracaso de adalimumab. La edad media fue de 33 años, 67% fueron mujeres, 21% fumadores, 50% localización ileo-cólica, 66% fenotipo inflamatorio y 27% con enfermedad perianal. En 10 pacientes (71%) la indicación del tratamiento con anti-TNF fue la enfermedad luminal. En 5 pacientes (33%) el tratamiento con adalimumab se interrumpió por pérdida de respuesta, en tres pacientes (20%) debido a la aparición de efectos adversos y en siete pacientes (47%) debido a respuesta parcial (nunca alcanzaron la remisión). Tras el comienzo del tratamiento con infliximab, el 100% de los pacientes que había interrumpido el tratamiento con adalimumab debido a pérdida de eficacia ganaron de nuevo respuesta (3 pacientes alcanzaron remisión y 2 respuesta parcial). Todos los pacientes que interrumpieron el tratamiento con adalimumab por la aparición de efectos adversos mantuvieron la respuesta al cambiar a infliximab (2 de ellos remisión y 1 respuesta parcial); uno de ellos no presentó efectos adversos con infliximab, otro sufrió una reacción de hipersensibilidad retardada que se controló con premedicación con esteroides previa a la infusión de infliximab y el tercero tuvo que interrumpir el tratamiento con infliximab debido a la aparición de edema facial (el mismo efecto adverso que había motivado la interrupción de adalimumab). Ninguno de los 7 pacientes que habían interrumpido el tratamiento con adalimumab por respuesta parcial alcanzaron la remisión con infliximab: 5 (71%) mantuvieron respuesta parcial y 2 (29%) perdieron la respuesta que tenían.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el cambio de adalimumab por infliximab puede ser beneficioso en los pacientes en los que el tratamiento se interrumpe por aparición de efectos adversos o por pérdida de eficacia, pero el beneficio clínico del cambio a infliximab en los pacientes que no tuvieron respuesta primaria a adalimumab no está establecido.

EFFECTO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: DATOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL TABACROHN

M.J. Etchevers^a, T. Nunes^a, I. Marín^b, L. Menchén^b, V. García^c, E. García^d, D. Ginard^e, M. Barreiro^f, F. Gomollón^g, M. Arroyo^g, O. Merino^h, S. Gallegoⁱ, S. García^j, E. Gentó^j, B. González^k, C. Agustí^l, C. Figueroa^m, M. Sansⁿ

^aHospital Clínic, Barcelona. ^bHospital Gregorio Marañón, Madrid. ^cHospital Reina Sofía, Córdoba. ^dHospital de Sant Pau, Barcelona. ^eHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^fHospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela. ^gHospital Clínico, Zaragoza. ^hHospital de Cruces, Barakaldo. ⁱHospital Miguel Servet, Zaragoza. ^jHospital General Yagüe, Burgos. ^kHospital Juan Canalejo, A Coruña

Introducción: El tabaco se asocia a un mayor riesgo de enfermedad de Crohn (EC). Además, hay evidencias que sugieren que el consumo de tabaco puede influir en el curso clínico de la EC.

Objetivo: Estudiar la influencia del hábito tabáquico sobre el curso clínico de la EC.

Métodos: TABACROHN es un estudio prospectivo, multicéntrico, en el que participan 11 centros españoles. Se incluyeron pacientes con EC inactiva, definida por un Índice de Harvey-Bradshaw ≤ 4 y una PCR normal. Se definió fumador activo (≥ 7 cigarrillos/semana), no fumador (< 7 cigarrillos/semana) o ex-fumador (suspensión hábito tabáquico mínimo 6 meses previos a la inclusión). Se recogieron los datos demográficos y las características de la EC de los pacientes incluidos. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 1.094 pacientes con EC, 371 (33,9%) fumadores, 463 (42,3%) no fumadores y 260 (23,8%) ex fumadores, con una mediana de seguimiento de 107 meses. La edad de debut fue significativamente mayor en ex-fumadores ($44,3 \pm 13,8$ años) que en no fumadores ($40,4 \pm 15,8$ años; $p = 0,001$) y fumadores ($40,3 \pm 11,4$ años; $p < 0,001$). Los fumadores presentaron con mayor frecuencia localización ileo-colónica (41,5%) que los no fumadores (32,8%) y ex fumadores (31,9%), $p = 0,01$. Los pacientes no fumadores se encontraban con mayor frecuencia sin tratamiento de mantenimiento (22,5%) que los fumadores (16,5%) o los ex fumadores (17%), $p = 0,03$. Los pacientes expuestos alguna vez al tabaco (fumadores o exfumadores) presentaron con mayor frecuencia EC fistulizante o estenosante (46,3%) respecto a los no fumadores (38,7%), $p < 0,01$.

Conclusiones: El hábito tabáquico influye en la localización y curso clínico de la EC, haciendo más probable la afectación ileo-colónica y el desarrollo de determinadas complicaciones.

EFEECTO DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB SOBRE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE FACTORES ANGIOGÉNICOS SOLUBLES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Algaba^a, P.M. Linares^b, M.E. Fernández Contreras^b, A. Figuerola^c, X. Calvet^c, I. Guerra^a, J.L. Rodríguez^a, J.P. Gisbert^b, F. Bermejo^a

Servicios de Digestivo: ^aHospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bHospital Universitario de La Princesa, Madrid. ^cHospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Sabadell

Objetivo: La eficacia de los fármacos Infliximab (IFX) y Adalimumab (ADA) podría estar relacionada con la modificación de distintas proteínas angiogénicas, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), el factor de crecimiento placentario (PIGF), las angiopoyetinas Ang-1 y Ang-2 y su receptor (Tie-2). Nuestro objetivo fue comparar las concentraciones de estas proteínas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y en controles sanos y analizar sus posibles modificaciones durante el tratamiento con IFX y ADA.

Métodos: Estudio prospectivo de casos y controles en 30 individuos sanos y 37 pacientes con EII que inician tratamiento con IFX (19 enfermedad de Crohn [EC]) y 6 colitis ulcerosa [CU]) o con ADA (12 EC). Se obtuvo una muestra sérica de cada individuo sano y 4 de cada paciente con EII coincidiendo con los momentos previos a las 3 primeras dosis de IFX (semanas 0, 2 y 6) o ADA (semanas 0, 2 y 4) y una cuarta muestra tomada en la semana 14. Las concentraciones de VEGF, PIGF, Ang1, Ang2 y Tie2 se determinaron mediante ELISA.

Resultados: La edad media de los controles fue 43 ± 13 años, 50% varones. La edad media en el grupo de pacientes fue 39 ± 13 años,

54% mujeres y 45% fumadores. El 67% estaba en tratamiento concomitante con corticoides y el 69% lo estaba con azatioprina. En el 86% de los casos hubo respuesta al tratamiento con IFX/ADA (CDAI/Truelove-Witts). Los pacientes con EII tuvieron concentraciones significativamente más altas de VEGF ($p < 0,05$), PIGF ($p < 0,001$), Ang-2 ($p < 0,001$) y Tie-2 ($p < 0,001$) que los controles. El tratamiento con IFX/ADA se asoció con una disminución significativa de los niveles séricos de PIGF ($p < 0,05$). No se observaron modificaciones en el resto de proteínas estudiadas: VEGF, Ang-1, Ang-2 y Tie-2. No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con EC y CU, respondedores y no respondedores al tratamiento biológico, ni con respecto al agente utilizado (IFX o ADA).

Conclusiones: Las concentraciones séricas de VEGF, PIGF, Ang2 y Tie2 fueron significativamente más elevadas en los pacientes con EII que en los controles sanos. Las terapias con anti-TNF α modifican los niveles séricos de PIGF en pacientes con EII. La eficacia de IFX y ADA no parece estar relacionada con modificaciones en las concentraciones del resto de factores angiogénicos estudiados. No se encontraron diferencias en función del tipo de EII, de la presencia o ausencia de respuesta al tratamiento, ni del fármaco pautado.

EFICACIA DE ADALIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

O. García-Bosch^a, M. Aceituno^a, J. Pérez Gisbert^b, M. Andreu^c, O. Merino^d, J.L. Cabriada^e, V. García^f, A. Gutiérrez^g, P. Nos^h, M. Peñalvaⁱ, J. Hinojosa^j, E. García^k, F. Muñoz^l, X. Calvet^m

^aHospital Clínic, Barcelona. ^bHospital de la Princesa, Madrid.

^cHospital del Mar, Barcelona. ^dHospital de Cruces, Bizkaia.

^eHospital de Galdakano, Bizkaia. ^fHospital Reina Sofía, Córdoba.

^gHospital General Universitario, Alicante. ^hHospital La Fe,

Valencia. ⁱHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ^jHospital

de Sagunto, Valencia. ^kHospital de la Santa Creu i Sant Pau,

Barcelona. ^lComplejo Hospitalario de León, León. ^mHospital de

Sabadell, Barcelona

Introducción: La eficacia de adalimumab en la inducción y mantenimiento de la remisión en pacientes con enfermedad de Crohn ha sido demostrada en diversos estudios. Sin embargo no está aprobada su indicación en el tratamiento de enfermos con colitis ulcerosa (CU).

Objetivo: Evaluar la eficacia clínica de adalimumab en la práctica clínica y determinar factores predictivos de respuesta.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo a partir de los datos clínicos obtenidos de un registro nacional de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (ENEIDA). Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de CU tratados con adalimumab. La mayoría proviene de una pérdida de respuesta a infliximab y se administró el fármaco como uso compasivo. Se registraron características demográficas, de la enfermedad, y los tratamientos previos y concomitantes. Se evaluó la respuesta en las semanas 4, 12, 28 y 54 según el índice de Mayo y los requerimientos de cirugía.

Resultados: Se incluyeron un total de 48 pacientes con colitis ulcerosa tratados con adalimumab. El 81,3% de los enfermos habían recibido infliximab previamente. El porcentaje de pacientes que presentaron respuesta en la semana 12, 28 y 54 fue del 75,6% (31/41), 47,1% (16/34) y 37,5% (12/32) respectivamente. Al anali-

	VEGF(pg/ ml)	PIG (ng/ ml)	Ang-1(ng/ ml)	Ang-2(ng/ ml)	Tie-2(ng/ ml)
Controles sanos	335 \pm 118	23 \pm 9	67 \pm 23	3,9 \pm 2,0	22 \pm 7
Pre-tratamiento	444 \pm 246*	32 \pm 9*	70 \pm 38	5,8 \pm 4*	52 \pm 32*
Previo 2ª dosis	453 \pm 266	30 \pm 9	58 \pm 26	5,7 \pm 4,3	49 \pm 31
Previo 3ª dosis	422 \pm 253	28 \pm 8	58 \pm 27	6,3 \pm 3,3	52 \pm 32
Semana 14	402 \pm 226	27 \pm 7*	56 \pm 21	5,8 \pm 3,6	53 \pm 30

*Diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto a los controles sanos.

*Diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto a los valores anteriores al tratamiento.

zar los factores predictivos de respuesta para la semana 12, el único factor predictivo independiente fue la respuesta previa al tratamiento con infliximab ($p = 0,037$). El porcentaje de respuesta a adalimumab en aquellos pacientes que previamente habían obtenido la remisión, respuesta o no respuesta primaria con infliximab fue del 89,5%, 53,8% y 50% respectivamente. La mediana de tiempo hasta la colectomía fue de 29,4 semanas desde el inicio del fármaco y se realizó en un 16,7% de los pacientes. No se pudieron identificar datos clínicos ni de respuesta terapéutica en la semana 12 como factores predictivos de colectomía.

Conclusiones: En este estudio se pone de manifiesto que adalimumab es un tratamiento eficaz en pacientes con CU activa. La respuesta primaria a infliximab en aquellos pacientes tratados previamente afecta a la respuesta al tratamiento con adalimumab. Adalimumab es un fármaco eficaz para evitar la colectomía.

EFICACIA DE DOS MÉTODOS DE DESEPITELIZACIÓN SOBRE EL RENDIMIENTO Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS LINFOCITOS INTESTINALES

A. Carrasco^a, J. Mañé^b, J. Vidal^c, R. Santaolalla^a, E. Pedrosa^b, J. Mallolas^a, V. Lorén^b, M. Fernández^d, A. Fobles^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Rbsinach^a, C. Loras^a, M. Forné^a, X. Andújar^a, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aServicio de Aparato Digestivo y Laboratorio de Investigación, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Fundació per la recerca Mútua Terrassa. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Ciberehd, Badalona. ^cServicio de Citometría de Flujo, Catlab. ^dUnidad de Citometría, Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: La mucosa intestinal se compone de 2 compartimentos inmunes: Epitelio (EP) y Lámina Propia (LP). Su separación es de gran relevancia en estudios fisiopatológicos. Pese a ello nunca se ha realizado un análisis comparativo de métodos de aislamiento para evaluar rendimiento, pureza y funcionalidad de linfocitos intraepiteliales (LIEs) y de LP (LLPs).

Objetivo: Valorar la eficacia de 2 protocolos de separación de EP y LP.

Métodos: Se tomaron biopsias de colon no inflamado de 11 individuos y se compararon dos protocolos: P1 (Suave) y P2 (Intenso). P1: Incubación 25' en agitación, en HBSS 1mM de EDTA, 1 mM DTT; P2: Incubación 15' en agitación, en HBSS, 1mM de DTT y 3 incubaciones 30' en HBSS 1mM EDTA en baño en agitación a 37 °C. Los LIEs se obtuvieron por centrifugación de las soluciones, y el tejido restante se procesó por disgregación enzimática (P1) o cultivo 24-48h (P2) para el aislamiento de LLPs. Se midió la eficacia de la separación mediante histología (H&E y CD3) y citometría de flujo (CD45+, CD3+, CD4+, CD8+, CD103+). La pureza de LIEs y LLPs se valoró mediante la ratio CD4/CD8 ($LP \geq 1,5$; $EP \leq 0,5$) y el % de LIEs (CD3+/CD8+/CD103+). Análisis estadístico: test de Wilcoxon.

Resultados: En la tabla se detallan los valores de rendimiento celular y los criterios de separación de compartimentos inmunes.

Los LLPs cumplen criterios de LP con ambos métodos, pero sólo los LIEs aislados mediante P2 muestran criterios de EP. Ni el análisis histológico ni la presencia de LIEs (CD3+/CD8+/CD103+) por ambos métodos en la fracción LP demuestran una buena separación de los compartimentos inmunes intestinales.

Conclusiones: Ninguno de los métodos usados garantiza la obtención de fracciones puras (EP y LP) en biopsias de colon. Contrariamente a lo previamente publicado, la ratio CD4/CD8 no es un buen marcador de pureza de fracciones inmunes.

Proyecto Financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología BFU-2007-64887.

EFICACIA DEL METOTREXATO (MTX) EN LA COLITIS ULCEROSA (CU): ESTUDIO RETROSPECTIVO NACIONAL

M. Mañosa, V. García, O. García-Bosch, M. Chaparro, M. Barreiro, D. Carpio, M. Aguas

Introducción: Existen pocos datos acerca de la eficacia del MTX en la CU, por lo que su uso no se incluye en los algoritmos terapéuticos de la CU.

Objetivo: Evaluar el uso, la eficacia y la seguridad de MTX en pacientes con CU.

Pacientes y métodos: A partir de las bases de datos de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de 7 centros españoles, se identificaron todos los pacientes con CU que habían recibido MTX como inducción o mantenimiento de la remisión sin asociación a agentes biológicos. Se registraron datos basales de la CU así como las características del tratamiento con MTX (indicación, dosis y vía de administración, suplementación con folatos, fármacos concomitantes), su eficacia (remisión libre de esteroides, introducción de terapias de rescate) y tolerancia (efectos adversos, retiradas).

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, mediana de edad 49 años (23-81), 66% varones, tiempo de evolución CU 20 meses (1-300). La indicación de MTX fue corticodependencia en 86% y corticorefractariedad en 14%. MTX se utilizó como fármaco de segunda línea en la mayoría de pacientes, de forma que el 49% de los casos habían presentado intolerancia y el 37% fracaso previos con tiopurínicos. La dosis de inducción de MTX fue de 25 mg/semana en el 69% y de 10 a 15 mg/sem en los restantes casos, administrándose inicialmente por vía parenteral en el 77%. El 75% de los pacientes recibieron suplementación con folatos desde el inicio del tratamiento y el 83% recibían corticoides concomitantes al inicio de MTX. Inicialmente, un 66% de los pacientes lograron alcanzar la remisión libre de esteroides. El 74% de los casos siguieron pauta de mantenimiento con dosis que fluctuaron entre 7,5 y 15 mg/sem, administrada por vía parenteral en el 54%. Durante el seguimiento, se inició tratamiento con agentes biológicos en el 34% de los pacientes (mediana 6 meses, IIQ 3-15). El 23% requirió colectomía, en los 6 primeros meses tras el inicio de MTX en todos los casos. En 25 pacientes (71%) se retiró el MTX, siendo las causas más frecuentes el fracaso terapéutico (40%) y la intolerancia al tratamiento (23%), y el tiempo medio de retirada de 4 meses (IIQ: 3-7). No se registraron muertes ni infecciones graves.

	Fracción LIEs			Fracción LLPs		
	Rendimiento celular (Nº linfocitos/biopsia)	Ratio CD4/CD8	LIEs (CD3+CD8+CD103+)	Rendimiento celular (Nº linfocitos/biopsia)	Ratio CD4/CD8	LIEs (CD3+CD8+CD103+)
P1	22.888 (20.750-50.687)	1,46 (0,73 - 2,13)	16,0%(8,5-20,5)	67.500 (62.500-90.000)	1,7 (1,04-2,78)	16,5%(10,0-31,0)
P2	59.437 (34.500-81.500)	0,41 (0,28-0,48)	33,5%(27,5-44,5)	73.750 (55.555-138.750)	1,89 (1,37-3,07)	22,0%(15,7-31,2)
p	0,028	0,043	0,042	0,286	0,314	0,039

Conclusiones: En la CU, el MTX se utiliza poco y en pacientes refractarios a tiopurinas. Como ocurre en la enfermedad de Crohn, MTX parece ser útil en la inducción de la remisión libre de esteroides en la CU, pero con una elevada tasa de fracaso precoz en el mantenimiento. Esto podría ser debido a la utilización de dosis/ vías de administración inadecuadas para el mantenimiento o a su uso en pacientes especialmente refractarios a tratamiento médico.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON HIERRO ORAL EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Guerra^a, A. Algaba^a, J.P. Gisbert^b, F. Bermejo^a, M. Chaparro^b, S. García-Garzón^a, J.C. Villa^a, A. Bermejo^a, J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Introducción: La anemia es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), apareciendo en aproximadamente un tercio de ellos. La causa principal es el déficit de hierro. Se ha sugerido que el hierro oral es mal tolerado en estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia del hierro oral en pacientes con EII y anemia ferropénica.

Métodos: Estudio prospectivo con seguimiento de 2 años realizado en 2 hospitales. Los pacientes recibieron tratamiento con sulfato ferroso oral a dosis de 1 comprimido al día (525 mg, que equivalen a 106 mg de hierro elemental), tras la comida principal. El seguimiento del tratamiento se realizó mediante la entrevista en consulta. Los criterios de inclusión fueron la presencia de anemia, definida por una hemoglobina < 13 g/dL en hombres y < 12 g/dL en mujeres, junto con uno de los siguientes hallazgos analíticos 1) hierro sérico bajo (< 59 µg/dL); 2) ferritina baja (< 30 µg/L); 3) saturación de transferrina baja (< 12%); o 4) concentración de transferrina elevada (> 400 mg/dL). Se realizó una determinación analítica al inicio y tras 3 y 6 meses del tratamiento con hierro oral, con los siguientes parámetros: bioquímica general, hierro sérico, ferritina, transferrina y saturación de transferrina. La respuesta se definió como la completa normalización de la hemoglobina tras 3 o 6 meses de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes con EII (50 con enfermedad de Crohn, 30 con colitis ulcerosa y 1 no clasificable) y anemia ferropénica. La edad media fue de 41 ± 16 años, 61% mujeres y 23% fumadores. El tiempo medio desde el diagnóstico de EII fue de 5,5 años (rango 1-28). Los valores medios analíticos al inicio del tratamiento con hierro oral fueron: concentración de hemoglobina 11,2 ± 1,2 g/dL (rango 6,7-12,9 g/dL), volumen corpuscular medio 83,5 ± 8 fl, saturación de transferrina 11,4 ± 7%, concentración de transferrina 279 ± 68 mg/dL, hierro sérico 39,9 ± 22 µg/dL y ferritina 34 ± 54 µg/L. La normalización de la hemoglobina se obtuvo en el 71,6% de los pacientes (IC95% 60-81%) a los 3 meses de tratamiento y en el 80,2% (IC95% 70-88%) a los 6 meses. Tres pacientes (3,7%) tuvieron efectos secundarios: 2 con intolerancia gástrica, a los que se les pautó hierro intravenoso sin complicaciones. El otro paciente, a pesar de tener diarrea secundaria al tratamiento, completó 3 meses del mismo, consiguiendo la normalización de la hemoglobina. Nueve pacientes (11,1%) necesitaron hierro intravenoso, los 2 referidos por intolerancia gástrica, y 7 por falta de respuesta a hierro oral. El tratamiento con hierro oral se completó en el resto de los pacientes. La respuesta fue similar en pacientes con enfermedad de Crohn y con colitis ulcerosa.

Conclusiones: El tratamiento con hierro oral en pacientes con EII y anemia ferropénica es muy efectivo y bien tolerado en la mayoría de los pacientes.

EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL Y LOS ESTUDIOS PIVOTALES

D. Ginard, S. Khorrami, S. Mauro, M. Vanrell

Unidad de EII, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca

Introducción: Los estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo (ECA) sirven para valorar la eficacia de un fármaco y sus resultados no siempre se correlacionan con la probabilidad de respuesta en la práctica clínica real (PCR). Los estudios observacionales proporcionan la probabilidad de respuesta del fármaco biológico en PCR, donde existen modificaciones y tratamientos adyuvantes para conseguir el "mejor manejo posible". Estos estudios en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con fármacos biológicos aportan mejores resultados que los obtenidos en los ECA.

Objetivo: Comparar la eficacia teórica (en condiciones de ECA) con la efectividad (en condición de PCR) de una serie de pacientes en tratamiento biológico.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en pacientes tratados con terapia biológica entre junio de 2002 y noviembre de 2008 en nuestra unidad, con al menos 1 año de seguimiento desde el inicio del tratamiento. Se recogieron los datos demográficos, de la enfermedad y del tratamiento concomitante. Se determinó la eficacia de la terapia biológica en la PCR así como en la hipotética situación en el que el paciente hubiera sido incluido en un ECA, mediante las definiciones habituales de remisión, respuesta y fracaso.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes (52,7% mujeres, 33,6 ± 12,9 años) para un total de 83 tratamientos con biológicos. 59 pacientes (79,9%) presentaban una enfermedad de Crohn (41 luminal y 18 perianal) y 15 una colitis ulcerosa. Al año de tratamiento, el 56,6% de los pacientes estaban en remisión y el 71,1% presentaban respuesta clínica. Un 92% de los pacientes cumplían los criterios de inclusión habituales de los ECA, con unos porcentajes teóricos de remisión y respuesta, aplicando los criterios de estos estudios, de un 36,4% y 41,6% respectivamente (p < 0,0001 para ambos y respecto a PCR). En la enfermedad de Crohn luminal, la frecuencia de remisión y de respuesta fue del 55,9% y 73,5% en la PCR, frente a 36,8% y 44,1% en condición de ECA (p < 0,0001 para ambos). En la enfermedad de Crohn perianal, se alcanzó la remisión en el 60,7% vs 50,0% (p = 0,018) y respuesta en 85,7% vs 57,1% (p = 0,024) para PCR y ECA, respectivamente. En la colitis ulcerosa se obtuvo la remisión en un 60% vs 33,3% (p = 0,001) de los pacientes, según condición de PCR y ECA, respectivamente.

Conclusiones: La efectividad de los fármacos biológicos en la práctica clínica supera a su eficacia. ¿Deberíamos utilizar los datos de efectividad en vez de la eficacia, a la hora de estimar la probabilidad de respuesta de un paciente a un fármaco biológico?

EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS DE AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

F. Bermejo, A. Algaba, I. Guerra, P. Valer, B. Figueras, S. García-Garzón, C. Villa, A. Bermejo, J.L. Rodríguez-Agulló

Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo de azatioprina (AZA) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la incidencia de efectos adversos (EA) que limitan su uso y la posible relación existente entre la actividad del enzima tiopurina metiltransferasa (TPMT) y la aparición de EA.

Métodos: Estudio prospectivo, de inclusión consecutiva en 180 pacientes con diagnóstico de EI que comenzaron tratamiento con AZA durante un período de 5 años (138 enfermedad de Crohn, 38 colitis ulcerosa, 4 colitis indeterminada). La actividad TPMT eritrocitaria fue determinada mediante un método radioquímico.

Resultados: La edad media fue 49 ± 15 años, 53% hombres, 38% fumadores. Las indicaciones del tratamiento con AZA fueron: corticodependencia 80%, enfermedad fistulizante 12,2%, profilaxis post-resección 5,6% y corticorrefractariedad 2,2%. El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de EI hasta el inicio de AZA fue 36 meses (rango intercuartil 12-84), y el tiempo medio de tratamiento con AZA, 29 meses (rango 1-66). La dosis media de AZA fue $2,2 \pm 0,4$ mg/kg/día. La terapia con tiopurinas fue eficaz sin precisar cambio a otras terapias (biológicos/metotrexato/cirugía) en el 80,5% (IC95% 74-86%) de los pacientes que toleraron el tratamiento y en el 70,5% (63-77%) del global de pacientes. Se registraron EA en 31,6% (24-38%) de los pacientes: 29,7% enfermedad de Crohn, 42% colitis ulcerosa ($p = 0,17$). El EA más frecuente fue la hepatotoxicidad (12,2%). Presentaron intolerancia gastrointestinal 6,1% mielotoxicidad 6,1% (10 leucopenias, 1 anemia macrocítica), pancreatitis 4,4%, fiebre 3,8%, artralgias/mialgias 1,6%, cefalea 0,5% y rash 0,5%. El EA fue temprano (en los tres primeros meses) en 44%. El tiempo medio de aparición de la toxicidad fue 9 meses (1-25). La hospitalización debida a EA ocurrió en 24,6% ($n = 14$). Las medidas adoptadas ante la aparición de EA fueron: 1) continuar la misma dosis de AZA y realizar controles frecuentes: 10,5% 2) reducir la dosis: 31,6% 3) retirar AZA temporalmente y posterior reintroducción: 5,3%, 4) retirada definitiva: 52,6%. En el 35% de los casos que finalmente no toleraron AZA (hepatotoxicidad o intolerancia gastrointestinal) se pautó mercaptopurina con excelente tolerancia excepto en dos casos. La retirada de tiopurinas debida a EA fue necesaria en 31% (21-44%) de los pacientes con EA, es decir, en el 10% (5-14%) de todos los pacientes tratados. El valor medio de TPMT de los pacientes tratados con AZA fue $19,6 \pm 5$ U/mL (7,8-30,7) y el de los casos con EA, $19,9 \pm 5$ U/mL (8,6-30). Ningún paciente tuvo valores de TPMT bajos (< 5), 16% tuvo valores intermedios (5-13,8) y 84% valores altos ($> 13,8$). No se encontraron diferencias significativas en la actividad TPMT entre pacientes con o sin EA.

Conclusiones: AZA es un fármaco útil en pacientes con EI. Un tercio de los pacientes puede presentar EA, pero sólo el 10% necesitará retirar el tratamiento. Los niveles de TPMT no parecen estar relacionados con la aparición de EA.

EL TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES TIOPURÍNICOS O ANTI-TNF NO SE RELACIONA CON UNA MAYOR PRESENCIA DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO (SB) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

V. Ortiz, G.E. Rodríguez, M. Yago, M. Aguas, G. Bastida, P. Nos, V. Garrigues, J. Ponce

Über-EHD, Servicio de Gastroenterología, Hospital La Fe, Valencia

Introducción: Aunque se conoce que determinadas situaciones favorecen el SB, no existen estudios prospectivos adecuados que hayan evaluado las variables clínicas o farmacológicas que se asocian con la presencia de SB en los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC).

Objetivo: i) Determinar la influencia de los fármacos inmunosupresores tiopurínicos y biológicos (antiTNF) sobre la presencia de SB en pacientes con EC en remisión; ii) Estudiar los posibles factores asociados al SB en la enfermedad de Crohn.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con EC en remisión (ausencia de actividad biológica, CDAI < 150 y sin tratamiento esteroideo). Se investigó la presencia de SB mediante la

prueba de hidrógeno espirado (determinación del H₂ espirado basal y cada 30 minutos durante 3 horas tras la toma de 50 g de glucosa en 250 ml de agua). Se consideró positiva si el valor basal fue ≥ 20 ppm o incremento de H₂ espirado > 10 ppm en 2 determinaciones consecutivas. Se evaluó la presencia/ ausencia de clínica sugerente de SB: frecuencia defecatoria y 4 síntomas: dolor abdominal, distensión, meteorismo y borborigmos. Se recogió información acerca de la toma de fármacos inmunosupresores tiopurínicos o tratamiento biológico (antiTNF). Otras variables estudiadas por su posible asociación con la EC fueron: edad, género, localización de la enfermedad (intestino delgado, colon o ambas), resección previa de la válvula ileocecal y patrón evolutivo (estenosante, fistulizante, inflamatorio) según la clasificación de Montreal. Se compararon las variables mediante la prueba de chi-cuadrado y t-Student, posteriormente se realizó análisis de regresión logística para evaluar los factores asociados a SB. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes con EC en remisión, 52,3% mujeres, con una media de edad de 41 ± 12 años. La prevalencia de SB fue del 17% (18/107 casos). No se observó asociación entre el SB y la toma de inmunosupresores tiopurínicos (12 diagnósticos de SB en 62 pacientes en tratamiento) ni con la administración de tratamiento biológico antiTNF (2 pruebas positivas en 20 pacientes). La resección previa de la válvula ileocecal se asoció a un mayor número de diagnósticos positivos (12 en 62 pacientes, 19%) que en los no intervenidos (14%), sin diferencias significativas. El 57% tenían síntomas sugerentes de SB, que se asociaron en el análisis univariante con la presencia de SB (14 diagnósticos positivos en 58 pacientes) ($p = 0,041$). El análisis multivariante demostró que el SB es más frecuente en pacientes con patrón fistulizante (6 de 17; 35,3%) que en otros patrones evolutivos ($p = 0,031$). No existió asociación con el resto de variables incluidas en el estudio.

Conclusiones: 1) El tratamiento con inmunosupresores o biológicos (antiTNF) no inducen SB en los pacientes con EC en remisión. 2) El patrón fistulizante se asocia con frecuencia a la presencia de SB.

EL USO DE AZATIOPRINA Y LA AUSENCIA TABAQUISMO ACTIVO PREVIENEN LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO A LARGO PLAZO

X. Cortés^a, Y. Zabana^b, J.M. Paredes^a, M. Mañosa^b, J. Boix^b, E. Moreno-Osset^a, E. Cabré^b, E. Domènech^b

^aHospital Dr. Peset, Valencia. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: La recurrencia posquirúrgica (RP) en la enfermedad de Crohn (EC) es un fenómeno constante a corto o medio plazo. Los estudios que han evaluado factores asociados a RP son retrospectivos y con resultados heterogéneos, o prospectivos a corto plazo y con resultados negativos.

Objetivo: Identificar factores clínicos o epidemiológicos asociados a RP.

Métodos: Se incluyeron 152 pacientes con EC sometidos a resección ileal o ileocólica con anastomosis, seguidos prospectivamente en dos centros y en el contexto de 3 estudios prospectivos de prevención/detección precoz de RP. Todos ellos seguían profilaxis con 5-ASA o azatioprina y se disponía de ≥ 1 ileocolonoscopia en los primeros 12 meses. Se registraron factores clínicos, epidemiológicos y de la aparición en el seguimiento de: *recurrencia endoscópica* (RE) (índice de Rutgeerts > 1), *recurrencia clínica* (RC) (modificación del tratamiento por aparición de síntomas propios de la enfermedad) y *recurrencia relevante* (RR) (definida por índice Rutgeerts ≥ 3 y/o RC).

Resultados: la indicación quirúrgica fue 51% estenosis, 44% complicación penetrante y 5% fracaso tratamiento médico; el 21% habían requerido resecciones previas. El 65% habían sido fumadores y 38% fumaban después de la cirugía. Como prevención de RP 70%

recibieron azatioprina y 30% 5-ASA. Tras una mediana de seguimiento de 36 meses (IQR 12-60), el 60% de los pacientes presentó RP y el 47% RR. Sexo, localización y patrón de la EC, tipo de anastomosis, o resecciones previas no se asociaron a un mayor riesgo de RP. El análisis multivariante demostró que sólo la profilaxis con azatioprina ($P = 0,003$; OR = 0,35 IC95% 0,17-0,73) y fumar tras cirugía ($P = 0,002$; OR 2,2 IC95% 1,12-4,48) son factores predictivos independientes de RR. **Conclusiones:** a pesar de la profilaxis farmacológica convencional (5-ASA, azatioprina), la mitad de pacientes presentan RR a medio plazo. La abstención tabáquica y el tratamiento con azatioprina deberían ser las medidas preventivas a aplicar en todos los pacientes con EC tras resección intestinal.

EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL, LA EXISTENCIA DE MARCADORES DE PREDISPOSICIÓN GENÉTICA DE ENFERMEDAD CELÍACA ¿PUEDE ESTAR RELACIONADA CON UNA MAYOR PREVALENCIA DE MALABSORCIÓN A LACTOSA O A FRUCTOSA?

M. Mínguez, U. Estada, M. Bosca, J. Tosca, I. Pascual, P. Almela, P. Mas, A. Benages

Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic Universitari de València, Universitat de València

Hipótesis: En pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica (EIC), la existencia de susceptibilidad genética para presentar enfermedad celíaca determina una mayor posibilidad de presentar malabsorción a lactosa y/o fructosa.

Objetivo: Analizar en pacientes con EIC (Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU)) la existencia de haplotipos de susceptibilidad genética para la enfermedad celíaca y su relación con la malabsorción a la lactosa y/o a la fructosa.

Pacientes y métodos: Se ha realizado de forma prospectiva secuencial en 144 pacientes con EIC (72 EC, 72 CU, 73 hombres, edad media 44,5 años, rango 18-86), la determinación de haplotipos DQ2 y DQ8. El estudio de absorción a lactosa y fructosa se realizó mediante el test del aliento en la fase inactiva de la enfermedad inflamatoria cuantificada mediante los índices de actividad CDAI para la EC y Truelove-Witts para la CU. Se ha realizado análisis estadístico mediante chi-cuadrado; se ha tomado como límite de significatividad estadística una $p < 0,05$.

Resultados: 47 pacientes con EIC (32,7%) presentan susceptibilidad genética para enfermedad celíaca, 23 pacientes (16%) DQA1*0501/DQB1*0201, 19 pacientes (13,2%) DQA103/DQB1*0302 y 5 pacientes (3,5%) DQA1*0201/DQB1*0202 + DQA1*0505/DQB1*0301 sin observar diferencias entre EC y CU. 42 pacientes (29,2%) presentan malabsorción a la lactosa y 41 (28,5%) malabsorción a la fructosa. En 15 pacientes (12%) se observó malabsorción a ambos carbohidratos. La existencia de malabsorción no se relaciona con la presencia de haplotipos de predisposición genética a la enfermedad celíaca en pacientes con EIC, analizados globalmente o por subgrupos (EC o CU) (tabla). La mayor prevalencia de malabsorción a la fructosa en los pacientes con EC respecto a la CU (47,2% vs 17,1% $p < 0,001$) es independiente de la presencia de haplotipos de predisposición a la enfermedad celíaca.

Conclusiones: En los pacientes con EIC con serología de enfermedad celíaca negativa, la predisposición genética a padecer enfermedad celíaca determinada mediante HLA, no se asocia con mayor prevalencia de malabsorción de lactosa o fructosa.

	Malabsorción fructosa			Malabsorción lactosa		
	EIC	CU	EC	EIC	CU	EC
DQ2 y/o DQ8 +	23,4	8	40,9	23,4	24	22,7
DQ2 y/o DQ8 -	31	10,6	50	32	27,7	36

Todos los resultados se expresan como % $p > 0,05$

ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO COMBINADO CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. Barrio, P. Gil-Smón, R. Atienza, N. Alcaide, F. Pons, P. Fernández-Orcajo, M. Pérez-Miranda, A. Caro-Patón

Unidad Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Digestivo, Hospital del Río Hortega, Valladolid

Introducción: La dilatación endoscópica de estenosis bajas en la enfermedad de Crohn (EC) ha sido evaluada únicamente en series cortas y heterogéneas. Por otra parte el papel de los biológicos en la enfermedad de Crohn estenosante es controvertido. Se diseña un estudio observacional, prospectivo y abierto con criterios de inclusión preestablecidos para conocer la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico y la combinación de tratamiento con anti-TNF en los casos de actividad aguda asociada a la estenosis.

Material y métodos: Los criterios de inclusión fueron estenosis de anastomosis postquirúrgicas o de novo, sintomáticas, únicas, cortas (menores de 6-8 cm), accesibles al endoscopio y técnicamente factibles. Las variables analizadas fueron: 1-Eficacia clínica definida como resolución sintomatología sin necesidad de cirugía, 2-Éxito técnico definido como resolución de la estenosis después del tratamiento endoscópico (tres sesiones de dilatación hidrostática con tres dilataciones de distinto diámetro hasta un máximo de 20 mm por sesión), 3-Utilización de tratamiento biológico previo para lograr curación mucosa en casos con actividad endoscópica. En el momento del diseño del estudio no se contempló el tratamiento con inyección local de corticoides o infliximab.

Resultados: Desde abril de 2006 hasta octubre de 2009 se ha valorado el tratamiento endoscópico en 9 pacientes con EC y estenosis sintomática con los criterios de inclusión preestablecidos. 3 postquirúrgicas (2 anastomóticas y 1 a nivel de una estricturoplastia en sigma), 2 estenosis rectales, 1 estenosis anal, 2 estenosis ileales de novo y 1 estenosis colónica de novo en ascendente (resolución de la estenosis a las 12 semanas de iniciar tratamiento con adalimumab (ADA) sin curación mucosa). Se realizó dilatación endoscópica en 8 pacientes. Éxito técnico 8/8 (100%) con el protocolo establecido. Eficacia clínica 7/8 (87,5%) durante un seguimiento medio 21'5 meses (rango: 1-41). Fracaso el tratamiento en el caso de la estenosis a nivel de la estricturoplastia de colon que precisó tratamiento quirúrgico a los 5 meses. 3 casos precisaron retratamiento endoscópico durante el seguimiento (rango: 4-38 meses) con éxito técnico después de una nueva sesión. La actividad aguda endoscópica (4/8) no contraindicó el tratamiento. Se realizó tratamiento con anti-TNF (2 casos con IFX y 2 con ADA) previo a la dilatación con curación mucosa en el 75%(3/4) de los pacientes. La ausencia de curación mucosa se relacionó con la necesidad de retratamiento endoscópico precoz a los 4 meses de seguimiento.

Conclusiones: En pacientes seleccionados, el tratamiento endoscópico de las estenosis sintomáticas en la EC es eficaz y seguro. La actividad aguda de la enfermedad no contraindica el tratamiento. La curación mucosa puede estar asociada a mejores resultados. La estenosis asociada a una estricturoplastia de colon es posiblemente una mala indicación para el tratamiento endoscópico

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS TÉCNICAS HISTOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN BIOPSIAS COLORRECTALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA IDIOPÁTICA

M.L. De Castro^a, A. Tardío^b, V. Del Campo^c, J.R. Frñeda^a, J.A. Hermo^a, F. Domínguez^a, L. Cid^a, V. Hernández^a, A. Estévez^b, I. Rodríguez-Prada^a

^aServicio de Aparato Digestivo. ^bServicio de Anatomía patológica.

^cServicio de Epidemiología. Hospital Universitario de Vigo

Introducción: El papel que el citomegalovirus (CMV) juega en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es controvertido. El diag-

nóstico de infección por CMV en estos pacientes reside en su identificación en el tejido colónico mediante hematoxilina-eosina (HE) o inmunohistoquímica (IHQ). Nuestro objetivo fue comparar la sensibilidad de ambas técnicas histológicas para establecer este diagnóstico.

Pacientes y métodos: Estudio caso-control, identificando en el periodo 1997-2007 aquellos pacientes CMV positivos con HE o IHQ. Sus controles fueron apareados por edad y año de diagnóstico de CMV en los casos. Se realizaron ambas técnicas en las biopsias de casos y controles obtenidas 6 meses antes y tras su inclusión en el estudio. En el análisis estadístico consideramos significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Encontramos infección por CMV en 10 pacientes. Estos sujetos presentaban más frecuentemente una EI resistente o dependiente de esteroides ($p = 0,03$) y un mayor número de biopsias de colon ($p = 0,03$). De 97 biopsias analizadas, 12 fueron HE-negativas e IHQ-positivas y 3 mostraron resultados inversos. La sensibilidad de HE fue 58,6% IC95% (38,9-78,3) y para IHQ 89,7% IC95% (76,8-100). No encontramos una buena concordancia entre ambas técnicas histológicas: kappa 0,55 IC95% (0,36-0,75). La positividad para CMV se asoció al uso de más de un fármaco inmunosupresor, OR 13,5 IC95% (1,2-152,2). Todos los pacientes CMV positivos recibieron tratamiento antiviral, obteniendo un beneficio clínico aquellos con refractariedad (66%) o dependencia de esteroides (100%).

Conclusiones: La IHQ posee una sensibilidad superior a HE (30%) para el diagnóstico de infección por CMV en la EI, no existiendo buena concordancia entre ambas técnicas histológicas. En nuestro estudio, la positividad para CMV con IHQ se asoció al empleo de más de un fármaco inmunosupresor, beneficiándose de tratamiento antiviral aquellos pacientes con EI refractaria o dependiente de esteroides.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO CENTRO

Y. Ber^a, M.T. Arroyo^a, J. Nerín^a, M. Polo Tomás^b, P. Vadillo^a, M. Domínguez^a, F. Gomollón^{a,b}

^aDigestivo, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza. ^bCentro de Investigación biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd)

Introducción y objetivos: El hábito tabáquico se ha relacionado con el debut y posterior evolución clínica de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es el factor extrínseco con una asociación más intensa entre los descritos, y su interacción con los factores genéticos resulta en una influencia fenotípica muy diferente en la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). En la EC el tabaquismo activo se asocia con una peor evolución clínica, y por el contrario en la CU podría asociarse con una mejor evolución clínica. Nuestro objetivo es evaluar la asociación del tabaquismo con las EI, considerando edad y sexo en nuestro medio.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio observacional, descriptivo, utilizando una base de datos normalizada llamada ENEIDA (Estudio Nacional en Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre determinantes genéticos y ambientales), construida sobre una plataforma Access[®]. Se incluyen todos los pacientes introducidos hasta el 31 de mayo de 2.009 en el HCU de Zaragoza. Se distinguen no fumadores, fumadores y exfumadores (> 1 año sin fumar).

Resultados: Se analizan 797 pacientes: 411 (52%) diagnosticados de CU, 326 (41%) de EC, y 60 (7%) a otros (colitis inclasificada). Al diagnóstico en la CU 261 (63,5%) eran no fumadores, 55 (13,5%) fumadores, y 95 (23%) exfumadores frente a 187 (57%), 111 (34%) y 28 (9%) respectivamente en la EC ($p < 0,0001$). A 31 de mayo de 2009 fuman 77 (23,6%) pacientes con EC frente a 40 (9,7%) con CU

($p < 0,0001$). No se encuentra relación alguna con sexo ni edad.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma la asociación previamente descrita entre tabaquismo, EC y CU. Lo más llamativo es la frecuencia de exfumadores en la CU, destacando asimismo que la mayoría de los pacientes con EC continúan fumando tras el diagnóstico, lo que de acuerdo con los estudios disponibles podría condicionar una peor evolución clínica en al menos una quinta parte de los pacientes.

ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO A LARGO PLAZO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN LUMINAL Y PERIANAL

I. Marín-Jiménez^a, Y. González-Lama^b, B. Casis^c, M. Chaparro^d, P. López Serrano^e, M. Van Domselaar^f, F. Bermejo^g, R. Pajares^h, A. Ponferradaⁱ, M.I. Vera^b, P. Martínez Montiel^c, J.P. Gisbert^d, J.L. Pérez-Calle^e, A. López San-Román^f, L. Abreu^b, L. Menchén^a, J.I. Fortea Ormaechea^a

Servicios de Gastroenterología: ^aHospital Gregorio Marañón. ^bHospital Puerta de Hierro. ^cHospital Doce de Octubre. ^dHospital La Princesa. ^eHospital Fundación de Alcorcón. ^fHospital Ramón y Cajal. ^gHospital Fuenlabrada. ^hHospital Infanta Sofía. ⁱHospital Infanta Leonor. Comunidad de Madrid

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad del adalimumab en pacientes con EC tratados en la Comunidad de Madrid e identificar factores pronósticos de respuesta.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en el que participaron 9 hospitales de la Comunidad de Madrid. Se incluyó a todo paciente con EC que hubiera recibido tratamiento con adalimumab. A la hora de evaluar la eficacia se diferenció entre la respuesta luminal y perianal. Se realizó análisis univariante y multivariante para identificar factores pronósticos de respuesta.

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes (50% varones, edad media al diagnóstico de la enfermedad de 28 años \pm 12 años) que fueron seguidos una mediana de 40 semanas. La mediana de duración de la enfermedad fue de 9 años (rango 1-37). El 65% eran no fumadores. La localización y comportamiento más frecuentes de la enfermedad fueron la ileocolónica (50%) e inflamatorio (50%) respectivamente. El 30% presentaban enfermedad perianal activa al inicio de tratamiento con adalimumab. El 60% se habían sometido a cirugía en relación con su EC (27% resección intestinal, 10% cirugía perianal, 13% ambos y en un 10% no se especificó el tipo de cirugía). El 59% habían sido tratados previamente con infliximab, siendo la pérdida de respuesta (42%) la causa más frecuente de suspensión del fármaco. Adalimumab se administró como tratamiento de primera línea en el 39% de los casos. La indicación más frecuente para iniciar la terapia anti-TNF- α fue la enfermedad luminal (69,5%) seguida por la perianal (19%) y finalmente por la combinación de ambas (11,5%). La mayoría (93,7%) recibieron una dosis de inducción de 160 mg en la semana 0 y 80 mg en la semana 2. El 33% requirieron reducir el periodo de administración a 40 mg semanales por pérdida de eficacia. La mediana de tiempo para dicha reducción fue de 33 semanas (rango 2-120). El 64% asociaban tratamiento concomitante, siendo la azatioprina el más frecuente (26%). Los porcentajes de remisión completa a las 4 semanas, 6 meses y final de seguimiento fueron del 63, 70 y 63% en la enfermedad luminal y del 45, 45 y 41% en la enfermedad perianal, respectivamente. Con respecto a los factores pronósticos de respuesta tan sólo se objetivó que aquellos a los que se redujo el intervalo de administración presentaban una peor respuesta ($p = 0,017$). No se encontraron diferencias en la efectividad entre aquellos que recibieron adalimumab como tratamiento de primera línea y aquellos que fueron tratados previamente con infliximab. La prevalencia de efectos secundarios fue del 18% (los más frecuentes fueron 5 abs-

cesos y 4 reacciones locales a la inyección), provocando su suspensión en el 21% de los mismos.

Conclusiones: Adalimumab es efectivo y seguro en el manejo de la EC, incluso en pacientes refractarios a infliximab. Para mantener esta efectividad es necesario reducir el intervalo de administración del fármaco en un tercio de los casos, aunque con resultados menos satisfactorios.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB (IFX) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

A. Bejerano, L. Espinosa, C. Castaño Milla, C. López-Martín, M.C. López-Martín, A. Sánchez-Gómez, E. de la Fuente Fernández, M. Chaparro, J. Maté, J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Introducción: El IFX ha demostrado ser eficaz en el manejo inicial de la EC y la pauta de mantenimiento puede conservar la respuesta alcanzada, aunque ésta puede no ser permanente. Los pacientes que pierden esa respuesta pueden intentar recuperarla intensificando el tratamiento. En la actualidad no está clara la eficacia real del IFX a largo plazo en la EC.

Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo del tratamiento de mantenimiento con IFX en la EC, identificar factores relacionados con la pérdida de respuesta, y evaluar la eficacia y seguridad de la intensificación del fármaco.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes tratados con el esquema estándar de inducción de remisión y que respondieron al mismo. Se recogieron datos demográficos, del comportamiento y localización de la EC y pautas de inmunosupresores concomitantes. La eficacia del IFX se evaluó mediante el índice de Harvey-Bradshaw en la EC luminal, y en la EC fistulizante con datos clínicos. La intensificación se definió como el incremento de la dosis de 5 a 10 mg/kg, o la reducción del intervalo de infusión, o ambos. La probabilidad de pérdida de respuesta se estimó mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (media de edad, 43 años; 57% mujeres; 45% fumadores al diagnóstico; 79% afectación ileocólica; 52% patrón inflamatorio; 47% enfermedad perianal). La mayoría (83%) realizaban tratamiento inmunomodulador concomitante. La probabilidad de pérdida de respuesta al IFX de mantenimiento fue de 18% por paciente y año de seguimiento (29% incidencia acumulada, mediana de seguimiento 11 meses). Tras la pérdida de eficacia, todos los pacientes respondieron a la primera dosis de IFX intensifi-

cado. La probabilidad de pérdida de eficacia a la intensificación, por paciente y año de seguimiento, fue de 21% (33% incidencia acumulada, mediana de seguimiento 14 meses). La historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal se asoció de manera significativa con la pérdida de respuesta al tratamiento (OR = 8,5, IC95% 1,6-44, p < 0,01). No se encontró asociación significativa de ninguna otra variable (tratamiento inmunomodulador concomitante, tabaquismo) con un riesgo incrementado de pérdida de respuesta al IFX. El 21% de los pacientes presentaron reacciones infusionales y un 17% requirieron suspender el tratamiento por efectos adversos.

Conclusiones: Un porcentaje relevante de pacientes con EC en tratamiento de mantenimiento con IFX pierde respuesta y precisa su intensificación. Una elevada proporción de ellos recupera y mantiene la respuesta con IFX intensificado durante más de un año, pero el riesgo de una nueva pérdida de eficacia es mayor posteriormente. No se ha podido confirmar que el tratamiento con inmunomoduladores concomitante o el tabaquismo sean factores implicados en la pérdida de respuesta. El perfil de seguridad del IFX intensificado parece ser bueno ya que no se han descrito por el momento efectos adversos graves.

EVALUACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE LOS CAPILARES SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS EN MUCOSA DE COLON DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU)

P.M. Linares^a, M.E. Fernández Contreras^a, A. Algaba^b, M. Guijarro Fojas^c, F. Bermejo^b, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Introducción: La CU es una enfermedad de etiología desconocida que conlleva procesos de inflamación, ulceración y regeneración de la mucosa intestinal. Entre las posibles causas que podrían influir sobre el inicio y la evolución de la CU, la angiogénesis y la linfangiogénesis han alcanzado especial relevancia.

Objetivo: Estudiar la distribución de los vasos sanguíneos y linfáticos en el epitelio cólico de pacientes con CU, las posibles diferencias entre mucosa afectada y no afectada, y entre pacientes con enfermedad quiescente y enfermedad activa.

Métodos: Se utilizó la técnica de inmunohistoquímica con los anticuerpos monoclonales CD34 y D2.40 respectivamente (DAKO, Glostrup, Dinamarca) para determinar la densidad de capilares sanguíneos y linfáticos en biopsias de pacientes con CU. La cuantificación se realizó por recuento directo de capilares en cuatro campos con el objetivo 40X. Según criterios endoscópicos, los casos se clasificaron como enfermedad activa y quiescente, y en los pacientes con enfermedad activa, se tomaron biopsias de mucosa afectada y no afectada. Histológicamente, las muestras se clasificaron como mucosa normal, mucosa afectada (CU), inflamación inespecífica y quiescente. Se compararon los valores medios entre mucosa afectada y no afectada, y entre enfermedad quiescente y activa.

Resultados: Se estudiaron 52 biopsias correspondientes a 33 pacientes con diagnóstico histológico de CU. La edad media de los pacientes fue de 48 años. Hubo 17 mujeres y 16 hombres, y la duración media de la enfermedad fue de 11 años. Según criterio del endoscopista, 20 pacientes presentaron enfermedad activa y 13 enfermedad quiescente. En el estudio anatomopatológico, hubo 11 muestras normales, 19 mucosas afectadas, 11 muestras con inflamación inespecífica y 6 diagnosticadas como quiescentes. Se obtuvieron muestras de mucosa afectada y no afectada en 14 pacientes con enfermedad activa. Los resultados de la comparación de las medias se recogen en las tablas 1, 2 y 3. El número medio de capilares sanguíneos fue significativamente inferior en las muestras diagnosticadas histológicamente como mucosa afectada (p < 0,01).

Tabla 1. Actividad endoscópica

	CD34	p	D2.40	p
E. quiescente	30,8 ± 15,2	0,8	3,6 ± 4,4	0,2
E. activa	32,0 ± 10,9		5,3 ± 4,6	

Tabla 2. Diagnóstico anatomopatológico

	CD34	p	D2.40	p
Mucosa normal*	40,8 ± 8,9	< 0,01	5,6 ± 2,9	0,5
Mucosa afectada*	30,5 ± 9,8		4,6 ± 4,0	

Tabla 3. Pacientes con enfermedad activa

	CD34	p	D2.40	p
Mucosa no afectada**	33,1 ± 11,1	0,3	4,5 ± 2,8	0,2
Mucosa afectada**	29,8 ± 10,1		6,7 ± 6,4	

Los valores se expresan como media ± desviación típica. *Criterios anatomopatológicos. **Criterios endoscópicos.

Conclusiones: La densidad de capilares sanguíneos en los pacientes con CU fue significativamente menor en la mucosa afecta que en el epitelio normal. Dada la notable reducción del tamaño muestral por la exclusión de los casos con diagnóstico histológico de inflamación inespecífica y de CU quiescente en el análisis estadístico, el significado biológico de estos resultados debe evaluarse en un estudio más amplio.

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE COLITIS COLÁGENA Y LINFOCÍTICA: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE BASE POBLACIONAL

F. Fernández-Bañares, A. Salas, L. Pardo, M. Esteve, J. Casaltó, J.C. Espinós, C. Loras, M. Rosinach, M. Forné, J.M. Viver

Servicios de Digestivo y Anatomía Patológica, Hospital Universitario Mútua Terrassa, Fundación para la Investigación Terrassa, Universidad de Barcelona

Introducción: Diversos estudios, tanto en el norte de Europa como en USA, han descrito un aumento de la incidencia de colitis colágena (CC) y colitis linfocítica (CL) en la última década.

Objetivo: Evaluar la incidencia de CC y CL en el quinquenio 2004-08, y compararla con la previamente observada en el período 1993-97.

Métodos: Se practicaron biopsias múltiples escalonadas del colon en todos los pacientes remitidos para estudio de diarrea crónica acuosa de > 1 mes de evolución, en los que la colonoscopia fue normal. Se identificaron los pacientes con CC y CL diagnosticados según criterios histológicos objetivos, con residencia en el área de salud del hospital. Los únicos servicios de endoscopia y de anatomía patológica del área de salud se hallan en el hospital, tanto para el ámbito público como privado. Se calcularon las tasas de incidencia brutas y ajustadas por 100.000 habitantes año, asumiendo que la población total estaba a riesgo. Se utilizó el test de Razón de tasas (RT) para comparar las tasas de incidencia de los dos períodos de tiempo.

Resultados: El número de colonoscopias para estudiar diarrea crónica acuosa con mucosa normal en el período 2004-08 fue 537, identificándose 40 CC y 32 CL que residían en el área. La tasa mujer:hombre fue: CC, 3,4:1; CL, 2:1 ($p = ns$). No hubo diferencias en la edad al diagnóstico ($65,2 \pm 2,6$ vs $63,7 \pm 2,7$ años). En la tabla se describen las Tasas de incidencia (IC95%): El aumento en la tasa de incidencia de CC se produce de forma progresiva durante el período 2004-08, siendo máxima en 2008 ($p = 0,034$; 2008 vs 2004).

Conclusiones: En los últimos años se ha producido un aumento significativo en la incidencia de CC en nuestra área geográfica. Son necesarios estudios específicos que valoren las posibles causas.

Ayuda a la Investigación del FIS PI 06/ 1577.

EXACTITUD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

M. Chaparro^a, B. Martínez de Guereñu^b, J. Rimola^c, J. Panés^d, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ^bServicio de Radiología, Osatek, Unidad de Vitoria-Gasteiz, Álava. ^cServicio de Radiología, Hospital Clínic, Barcelona. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: La resonancia magnética (RM) es una técnica de imagen emergente que ha mostrado una alta sensibilidad para la

valoración de la actividad inflamatoria y complicaciones extraintestinales en la enfermedad de Crohn (EC).

Objetivo: Realizar un metaanálisis de la exactitud diagnóstica de la RM para el diagnóstico de la EC.

Métodos: *Búsqueda y selección de los estudios:* se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, MEDION y COCHRANE LIBRARY de estudios que evaluaran la exactitud de la RM para el diagnóstico de la EC y que utilizaran como patrón oro los hallazgos endoscópicos (colonoscopia o cápsula endoscópica) o quirúrgicos. *Síntesis de los datos:* se realizó un metaanálisis de los índices de exactitud diagnóstica (sensibilidad, especificidad y cocientes de probabilidad (CP)) por pacientes y por segmentos intestinales.

Resultados: Se incluyeron 21 estudios, con datos de 704 pacientes. La sensibilidad y la especificidad de la RM para el diagnóstico de pacientes con EC fueron del 86% (intervalo de confianza del 95%, 80-90%) y del 74%(64-82%) respectivamente. En el análisis por segmentos, la sensibilidad y la especificidad fueron del 72% (67-76%) y del 95%(94-97%). Los CP positivos y negativos fueron de 3 (2-4,4) y 0,2 (0,1-0,3) en el análisis por paciente; y de 12 (6,7-20) y 0,3 (0,18-0,5) para la detección de segmentos intestinales afectados. Los resultados de los distintos estudios fueron homogéneos en el análisis por paciente ($I^2 < 50\%$), mientras que se demostró una notable heterogeneidad en la sensibilidad de la RM en el análisis por segmentos ($I^2 = 84\%$).

Conclusiones: La RM tiene una alta sensibilidad y una especificidad moderada para el diagnóstico de la EC. La RM (que no expone a radiación ionizante) puede recomendarse como una técnica de imagen de primera elección en los pacientes con EC (que precisan con frecuencia reevaluación del estado de su enfermedad).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COLITIS ISQUÉMICA

J. Cubiella Fernández^a, L. Núñez Calvo^b, E. González Vázquez^c, M.J. García García^d, Alves, M.T. Pérez^e, I. Martínez Silva^e, J. Fernández Seara^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense. ^bServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Ourense. ^cServicio de Medicina Interna, Fundación Pública Hospitalaria de Verín. ^dUnidad de Apoyo a la Investigación, Complejo Hospitalario de Ourense. ^eUnidad de Bioestadística, Universidad de Santiago de Compostela

Introducción y objetivos: Aunque la colitis isquémica (CI) se ha asociado a diversas enfermedades cardiovasculares, no se han definido claramente los factores de riesgo. Nuestro objetivo es determinar el papel de los factores de riesgo cardiovascular, las enfermedades cardiovasculares, la mediación habitual y otras patologías en el desarrollo de CI.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo caso-control apareado. Los casos fueron los 169 pacientes que requirieron ingreso en nuestro hospital entre 1998 y 2003. Se diagnosticó la CI en base a los hallazgos endoscópicos y una histología diagnóstica o compatible. Los controles se seleccionaron de forma aleatoria de una cohorte de pacientes que en el mismo período ingresaron en nuestro hospital y requirieron una colonoscopia. Se aparearon a los casos por edad y sexo con una ratio 2:1. Se realizó una regresión logística condicional considerándose significativas aquellas diferencias con $p < 0,05$.

Periodo	CC		CL	
	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa cruda	Tasa ajustada
1993-97	1,1 (0,5-1,96)	1,3 (0,5-2,06)	3,1 (2,0-4,2)	3,7 (2,4-5,1)
2004-08	2,9 (2,01-3,8)*	3,4 (2,32-4,4)*	2,3 (1,5-3,1)	2,7 (1,7-3,6)

* $p < 0,003$.

Resultados: Se incluyeron 507 pacientes (169 casos, 338 controles). La edad media fue 75,89 ± 9,93 años y el 56,2% fueron mujeres. Las indicaciones para la colonoscopia en el grupo control fueron hemorragia digestiva baja (34,9%), anemia (33,4%), dolor abdominal (20,7%) y diarrea (9,5%), siendo los hallazgos endoscópicos: hemorroides (25%), enfermedad diverticular (30,2%), pólipos (19,2%) y cáncer colorrectal (10,1%). Las variables asociadas en el análisis univariante con la CI fueron: hipertensión arterial ($p = 0,045$), dislipemia ($p < 0,001$), diabetes mellitus ($p = 0,029$), arteriopatía periférica ($p = 0,004$), insuficiencia cardíaca ($p = 0,05$), episodio previo de CI ($p = 0,004$), tratamiento con IECAs ($p = 0,026$), y con ácido acetilsalicílico (AAS) ($p = 0,001$). Finalmente, en el estudio multivariante se asociaron de forma independiente con el desarrollo de CI las siguientes variables: diabetes mellitus (OR 1,73, IC95% 1,001-3,011, $p = 0,049$), dislipemia (OR 2,08, IC95% 1,24-3,47, $p = 0,005$), insuficiencia cardíaca (OR 2,97, IC95% 1,25-7,09, $p = 0,013$), arteriopatía periférica (OR 4,067, IC95% 1,32-12,55, $p = 0,015$), episodios previos de CI (OR 20,993, IC95% 2,37-185,52, $p = 0,006$), tratamiento con digoxina (OR 0,277, IC95% 0,088-0,867, $p = 0,027$) y tratamiento con AAS (OR 1,97, IC95% 1,16-3,33, $p = 0,011$).

Conclusiones: Los pacientes que requieren ingreso por un episodio de CI tienen más enfermedades y factores de riesgo cardiovascular que una población comparable. El desarrollo de un episodio de CI se asoció de forma independiente con la diabetes, la dislipemia, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, antecedente de CI, tratamiento con digoxina y AAS.

FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

V. García^a, S. Gómez-Senent^b, M. Barreiro^c, E. Iglesias^a, M.D. Martín-Arranz^b

^aHospital Reina Sofía, Córdoba. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ^cHospital Clínico, Santiago de Compostela

Introducción: Un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) desarrollan fístulas, siendo las enterocutáneas (FEC) las menos frecuentes. Su baja prevalencia justifica la escasez de estudios que analicen el efecto del tratamiento en este grupo de pacientes.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes que presentan FEC y la repuesta de las mismas a los tratamientos, en especial a las terapias biológicas.

Material y métodos: Se realizó una evaluación retrospectiva de los pacientes con EC con FEC desde 1970 a 2009 de tres centros terciarios en España. Se analizaron las características clínicas, las respuestas a los tratamientos así como la correlación entre la respuesta de las terapias biológicas para las FEC y para la enfermedad perianal. Las definiciones de respuesta parcial o completa se establecieron a juicio del médico responsable.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con edad media de 45,7 años. El 54% eran fumadores. El 88% eran A2, 81% B3 y 65% L3, presentando afectación perianal el 58%. Las fístulas fueron espontáneas en un 57,7% y aparecieron tras la cirugía en el 42,3%. El tiempo medio de aparición de la FEC desde el diagnóstico de la EC fue de 107 meses. Del total de pacientes con fístula espontánea, el 46,7% presentaban un brote moderado, mientras que el 45,5% con fístula post-quirúrgica presentaban inactiva la enfermedad. El 96% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico como primera línea, con tasas de no respuesta del 63,6% para las post-quirúrgicas y del 71,4% para las espontáneas. El 92,3% fueron tratados con tiopurínicos no respondiendo al tratamiento en el 87,5% de las fístulas post-quirúrgicas

y 92,3% de las espontáneas. Veinte pacientes fueron tratados con infliximab, con una duración media de tratamiento de 18 meses. La tasa de cierre fue del 25% para las post-quirúrgicas y del 9,1% para las espontáneas. El 37,5% y 27,3% respectivamente presentaron respuesta parcial. Nueve pacientes (uno de ellos naïve) fueron tratados con adalimumab con una duración media de 16 meses. El 75% y 80% de las FEC post-quirúrgicas y espontáneas respectivamente mejoraron tras el tratamiento. No se produjo ningún cierre completo. Once pacientes (5 post-quirúrgicas y 6 espontáneas) requirieron cirugía, obteniendo un 60% y 100% de cierre, respectivamente. En los pacientes con afectación perianal la respuesta a infliximab o adalimumab de la FEC se correlacionó con la respuesta al tratamiento de la enfermedad perianal ($\kappa = 0,774$ y $\kappa = 1$).

Conclusiones: Aunque la mayoría de los pacientes con FEC requieren una cirugía para conseguir el cierre definitivo de la fístula, el tratamiento con anti-TNF podría ser eficaz en un porcentaje considerable de pacientes. Por tanto, las terapias biológicas podrían utilizarse en un grupo seleccionado de pacientes como tratamiento de elección previo a la cirugía.

¿HA DE CONSTITUIR UN CRITERIO DE CAMBIO DE DIAGNÓSTICO LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD PERIANAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Y. Zabana^a, M. van Domselaar^b, E. García-Planella^c, M. Mañosa^a, A. López Sanromán^b, J. Gordillo^c, E. Cabrera^a, E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^cHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción: La enfermedad perianal (EPA) compleja constituye un criterio de exclusión para el diagnóstico de colitis ulcerosa (CU) según la clasificación de Lennard-Jones, pero su impacto en la evolución de la CU ha sido poco evaluado.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de EPA en pacientes con CU, y sus características clínicas y evolutivas.

Métodos: A partir de las bases de datos de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de tres centros españoles, se identificaron los pacientes con diagnóstico inicial de CU que desarrollaron EPA en algún momento evolutivo. Cada caso se apareó según edad, extensión y año de diagnóstico con 2 casos de CU sin EPA. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, requerimientos terapéuticos y cambio de diagnóstico a colitis indeterminada o enfermedad de Crohn así como el criterio que lo justificó.

Resultados: El 5% de los pacientes con diagnóstico inicial de CU desarrollaron EPA (37 pacientes), siendo más frecuente en hombres (62%), con CU distal (51%) o extensa (35%). El 76% (28 pacientes) presentaron EPA posterior al diagnóstico de CU. En el 32% de proctitis y formas distales se produjo progresión proximal. La EPA fue compleja en el 43%, simple en el 27% y sin documentación suficiente en el 30%. En el 93% de los pacientes con EPA compleja se practicó alguna exploración de intestino delgado para descartar una probable enfermedad de Crohn. El 84% de ellos requirieron esteroides, el 68% tiopurinas y el 24% infliximab. La EPA constituyó la indicación de tiopurinas en 8 pacientes (21%) y de infliximab en 4 de ellos (11%). La colectomía fue necesaria en el 24% de los casos. No se encontraron diferencias ni en los datos demográficos ni en la progresión proximal o en la tasa de colectomías en el seguimiento respecto al grupo control, pero los requerimientos de esteroides ($p = 0,028$), tiopurinas ($p = 0,002$) e infliximab ($p = 0,022$) resultaron significativamente mayores. En 6 casos (16%) se produjo cambio del diagnóstico inicial (5 enfermedad de Crohn, 1 colitis indeterminada) por transmuralidad en la histología (2), afectación de intestino

delgado (2) o criterios endoscópicos (4), sin que existiera relación con el tipo de EPA.

Conclusiones: La EPA en la CU no se asocia a una probabilidad elevada de cambio de diagnóstico por otros criterios, ni a un curso más agresivo de la enfermedad luminal.

INCIDENCIA DE ADENOMAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J. Gordillo^a, Y. Zabana^b, E. García-Planella^a, M. Mañosa^b, J. Llaó^a, J. Boix^a, S. Sáinz^a, I. Ojanguren^b, F.J. Sancho^a, E. Cabré^b, C. Guarner^a, E. Domènech^b

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: Existe un aumento en la incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en los pacientes con colitis ulcerosa (CU) de larga evolución respecto a la población general. El desarrollo de adenomas, lesión precursora de CCR y con una prevalencia en series endoscópicas del 25% en la población general, no ha sido adecuadamente evaluado en pacientes con CU: diferentes estudios señalan una incidencia entre 2,8% y 4,5%.

Objetivo: evaluar la incidencia de adenomas colónicos (AC) y CCR en pacientes con CU.

Pacientes y métodos: Se identificaron todos los pacientes con CU controlados en 2 centros terciarios e identificados de las respectivas bases de datos y se registraron los resultados de cada colonoscopia, independientemente de su indicación, tiempo de evolución o extensión de la CU, así como los hallazgos histológicos de las diferentes lesiones encontradas, los factores de riesgo para adenoma, CCR y displasia, y los datos clínicos y de tratamiento de la enfermedad. Sólo se excluyeron aquellas colonoscopias realizadas antes de los 40 años de edad y las rectoscopias.

Resultados: Se incluyeron 478 pacientes (54% hombres); la media de edad al diagnóstico de la CU fue de 44 ± 14 años y la extensión de la CU al diagnóstico fue 31% proctitis, 44% izquierda y 25% extensa, presentando un 21% progresión proximal durante el seguimiento. Entre los factores de riesgo conocidos para CCR, el 10% de los pacientes presentaban antecedentes familiares de EII, el 10% de CCR, el 0,6% antecedente familiar de AC, 1% de los pacientes presentaban colangitis esclerosante primaria concomitante y un 14% historia de tabaquismo. Un 55% estaban incluidos en el programa de vigilancia endoscópica para la detección de displasia. Se registraron un total de 1485 colonoscopias (mediana por paciente 2, IQR: 1-4). Se detectaron 77 AC en 45 pacientes (9,4% del total; tiempo medio de evolución de la CU de $13,4 \pm 9$ años y edad media de 59 ± 10 años en el momento de la detección del primer adenoma) y 8 casos de CCR (1,6% del total; tiempo medio de evolución de la CU de $6,2 \pm 7$ años y edad media de 62 ± 10 años; 5 casos sobre pólipos adenomatosos, en dos pacientes coincidiendo con colonoscopia diagnóstica de la enfermedad). En 23 pacientes, 28 de los adenomas fueron de alto riesgo (≥ 10 mm, con componente vellosos o con displasia de alto grado). Se detectaron 14 casos de displasia (13 de bajo grado y 1 indeterminada para displasia). La probabilidad acumulada de hallar AC fue del 0,3%, 0,7%, 2,1%, 4,1% y 7,7% a los 0, 10, 20, 30 y 40 años, respectivamente, de evolución de la CU. El hallazgo de AC se asoció a un consumo de más de 6 meses de 5ASA ($p = 0,019$) y a la inclusión en un programa de cribado de displasia ($p < 0,001$), así como a un mayor número de colonoscopias realizadas ($2,86 \pm 2$ vs $5,44 \pm 2,8$, $p < 0,001$).

Conclusiones: La incidencia de AC en los pacientes con CU en nuestro medio es menor a la descrita en la población general, si bien parece algo mayor a la descrita en otros estudios.

INFECCIONES INTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: FRECUENCIA Y POTENCIAL INFLUENCIA EN desencadenar BROTES DE LA ENFERMEDAD

F. Bermejo^a, A. Algaba^a, I. Guerra^a, I. García-Arata^b, S. García-Garzón^a, P. Valer^a, B. Riqueras^a, C. Villa^a, A. Bermejo^a, J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aDigestivo, ^bMicrobiología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Objetivo: Se ha descrito que las infecciones intestinales pueden desencadenar brotes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), y que la EII es un factor de riesgo independiente para la infección por *Clostridium difficile*. Nuestro objetivo fue evaluar tanto la incidencia de infecciones intestinales en pacientes con EII en actividad como los factores de riesgo potenciales y conocer qué gérmenes son los más frecuentes en nuestro medio.

Métodos: Estudio prospectivo de un año de seguimiento en pacientes con EII y sospecha clínica de recidiva que acuden a nuestro hospital. De cada paciente se obtuvieron muestras de heces en las que se realizaron un cultivo, examen de parásitos y determinación de toxina de *Clostridium difficile*. Además, se analizaron los factores de riesgo potenciales, la evolución clínica y las acciones tomadas.

Resultados: Se incluyeron 83 episodios en 71 pacientes, 41 con enfermedad de Crohn (EC) y 30 con colitis ulcerosa (CU). El tiempo medio de evolución de EII hasta la inclusión en el estudio fue de 60 meses (rango intercuartil 12-144). La edad media fue 40 ± 13 años, 65% mujeres. Se encontraron siete infecciones intestinales (el 9,8% de los pacientes, IC95% 4-19% el 8,4% de los episodios IC95% 3-16%). Los gérmenes causantes fueron *Campylobacter sp* ($n = 2$, 1 EC 1 CU), *Clostridium difficile* ($n = 2$, CU), *Giardia Lamblia* ($n = 1$, EC), *Strongyloides stercoralis* ($n = 1$, EC) y *Blastocystis hominis* ($n = 1$, EC). Todos los pacientes excepto uno padecían una EII con afectación de colon. Al analizar los potenciales factores de riesgo, encontramos que 5 de los pacientes con infección intestinal (83%) estaban siendo tratados con corticoides y/o inmunosupresores (azatioprina, anti-TNF) y que uno de ellos también había estado hospitalizado en fechas recientes. Los pacientes con infección intestinal demostrada fueron tratados con el antibiótico específico y aunque en todos los casos la evolución fue favorable, dos de ellos requirieron hospitalización (las dos infecciones por *Clostridium difficile*). Las infecciones intestinales no desencadenaron brotes de EII en ningún caso. En los pacientes en los que no se detectó ninguna infección intestinal específica (90% de los casos incluidos, IC95% 80-95%), el 30% tuvo una diarrea aguda inespecífica autolimitada y el resto fue diagnosticado de brote de su EII y recibió el tratamiento específico para ello.

Conclusiones: En torno al 10% de los pacientes con EII presentan infecciones intestinales significativas. Este hecho no parece desencadenar brotes de EII, pero la infección por *Clostridium difficile* incrementa la probabilidad de hospitalización. El diagnóstico de estas infecciones es necesario para administrar el tratamiento antibiótico específico y evitar la confusión con brotes de EII.

LA FRACCIÓN RICA EN TOCOTRIENOLES DEL ACEITE DE PALMA REDUCE LA PRODUCCIÓN DE PROTEÍNAS DE LA MATRIZ EXTRACELULAR INHIBIENDO EL EFECTO PROFIBROGÉNICO DEL TGFβ1 EN FIBROBLASTOS INTESTINALES HUMANOS

J. Luna^a, M.C. Masamunt^a, R. Mora^a, C. España^a, M. Rickmann^a, J. Llach^a, S. Delgado^b, E. Vaquero^a, M. Sans^a

^aServicio de Gastroenterología, Hospital Clínic/IDIBAPS, CIBEREHD, Barcelona. ^bServicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: En los pacientes con enfermedad de Crohn estenosante (ECE) se produce una fibrosis intestinal anómala, caracterizada por una mayor proliferación de fibroblastos de la submucosa y

mayor producción de proteínas de la matriz extracelular (MEC). Se ha descrito que la fracción rica en tocotrienoles (TRF) del aceite de palma, un componente de la vitamina E, induce apoptosis y autofagia en fibroblastos del páncreas de rata.

Objetivo: 1) Caracterizar el efecto del TRF en la producción de las proteínas de la MEC colágeno I y laminina γ , así como en las moléculas que regulan su síntesis y degradación, MMP-3 y TIMP-1, en fibroblastos intestinales humanos, y 2) Investigar si el efecto del TRF está mediado por la inhibición del TGF β 1.

Métodos: Se aislaron fibroblastos intestinales humanos (HIF) a partir de piezas de resección intestinal de pacientes con ECE y de segmentos de colon sano de pacientes intervenidos por cáncer de colon (CT). Los HIF de ECE y CT fueron cultivados con medio solo, TRF 20 μ M y/o TGF β 1 10 nM. La producción de colágeno I, laminina γ , TIMP-1 y MMP-3, así como la fosforilación de Smad3 fueron analizadas mediante Western-Blot.

Resultados: El TRF disminuyó de manera significativa la síntesis de colágeno I y laminina γ en HIF. El tratamiento de HIF con TRF incrementó la producción de MMP-3, sin modificar TIMP-1. TGF β 1 indujo la fosforilación de Smad 3 y un incremento de la producción de colágeno I y de TIMP-1. El pretratamiento de HIF con TRF previno la fosforilación de Smad 3 y atenuó el incremento en la producción de colágeno I y de TIMP-1 producidos por TGF β 1.

Conclusiones: El TRF tiene un efecto antifibrogénico, reduciendo la síntesis de proteínas de la MEC e incrementando su degradación, en fibroblastos intestinales humanos. Este efecto está mediado, al menos en parte, por una inhibición del agente profibrogénico TGF β 1.

LA MESALAMINA MMX[®] ES EFICAZ EN LA RESOLUCIÓN DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU) LEVE A MODERADAMENTE ACTIVA DE MUJY RECIENTE DIAGNÓSTICO O QUE HAN VIVIDO CON LA ENFERMEDAD DURANTE UN PERIODO PROLONGADO

M.A. Kamm^a, D. Solomon^b, R. Karlstadt^b, V. Navas^c, M.J. Peneses^c, K. Barrett^d, B. Abhyankar^d

^aSt Vincent's Hospital, Melbourne, Australia. ^bShire Pharmaceuticals Inc., Wayne, PA, USA. ^cShire Pharmaceuticals Ibérica. ^dShire Pharmaceuticals Inc., Basingstoke, Hampshire, UK

Introducción: Recientemente se ha registrado en España una formulación de mesalazina considerada como innovación galénica de interés terapéutico, la mesalazina MMX[®]. Se presenta en comprimidos de 1,2 g de ácido 5-aminosalicílico con posología de toma única diaria y con la indicación de tratamiento de inducción y mantenimiento de la remisión en colitis ulcerosa leve/ moderada. Para valorar la eficacia clínica de esta nueva formulación en colitis ulcerosa leve a moderadamente activa se han seleccionado 2 parámetros clínicos: la normalización de la frecuencia de deposición (NFD) y la ausencia de la rectorragia (AR).

Material y métodos: Se han recogidos datos clínicos de un total de 340 enfermos con enfermedad activa procedentes de 2 ensayos clínicos fase III, aleatorizados, doble ciego, con idénticos criterios de selección y objetivos. Los enfermos recibieron tratamiento con

fármaco activo o placebo durante 8 semanas (SPD476-301 [Lichtenstein, 2007] y -302 [Kamm, 2007]). Los pacientes con colitis ulcerosa activa presentaban una puntuación modificada del Índice de Actividad de la Enfermedad [IAE] de 4-10, y fueron tratados con mesalazina MMX 2,4g/d (toma única o repartida en 2), mesalazina MMX 4,8 g (toma única), o placebo. Según la historia clínica de los enfermos, éstos se dividieron en 2 subgrupos: aquellos con una enfermedad diagnosticada en el último año (< 1 año) y < 3 brotes, y pacientes diagnosticados en un tiempo \geq 1 año con \geq 3 brotes en los 2 años previos a la entrada del estudio. A las 8 semanas de tratamiento se valoraron la NFD y la AR.

Resultados: Entre un 56,6% y un 60% de los pacientes tratados con fármaco activo presentaron ausencia de rectorragia (AR) a las 8 semanas. Con el fármaco activo se consigue la NFD en un porcentaje de pacientes entre el 35,4% y el 47,2%.

Conclusiones: Existe una mejoría clínica expresada en términos de AR y NFD tras 8 semanas de tratamiento con la mesalazina MMX[®] a las dosis de 2,4-4,8 g/ día tanto en pacientes con colitis ulcerosa leve/ moderada de reciente diagnóstico (< 1 año) como en aquellos de una evolución clínica \geq 1 año.

LA TERAPIA CON MESALAZINA MMX[®] INDUCE LA CURACIÓN DE LA MUCOSA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA LEVE A MODERADAMENTE ACTIVA SIN IMPORTAR SI LA ENFERMEDAD YA ESTABA ESTABLECIDA O ACABA DE DIAGNOSTICARSE

M.A. Kamm^a, D. Solomon^b, R. Karlstadt^b, V. Navas^c, M.J. Peneses^c, K. Barrett^d, B. Abhyankar^d

^aSt Vincent's Hospital, Melbourne, Australia. ^bShire Pharmaceuticals Inc., Wayne, PA, USA. ^cShire Pharmaceuticals Ibérica. ^dShire Pharmaceuticals Inc., Basingstoke, Hampshire, UK

Introducción: La mesalazina MMX[®] se presenta en comprimidos de 1,2 g de ácido 5-aminosalicílico con posología de toma única diaria, con la indicación de tratamiento de inducción y mantenimiento de la remisión en colitis ulcerosa leve/ moderada. Esta formulación utiliza el sistema multimatricial MMX[®] (Cosmo S.p.A., Milán, Italia) con el objetivo de garantizar la presencia del principio activo en todo el colon. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha otorgado a esta nueva formulación el estatus de innovación galénica de interés terapéutico. Se ha estudiado la eficacia de este fármaco en la inducción de curación mucosa tanto en pacientes recientemente diagnosticados como en aquellos con diagnóstico previo e historia clínica de recaídas.

Material y métodos: Se combinaron los datos de dos estudios de fase III de ocho semanas, controlados con placebo, doble ciego, aleatorizados (SPD476-301 [Lichtenstein, 2007] y -302 [Kamm, 2007]), con los mismos criterios de inclusión y de valoración. A los pacientes con CU de leve a moderada (puntuación modificada del Índice de Actividad de la Enfermedad [IAE] para CU: 4-10) se les suministraron 2,4 g/d (en una o dos veces al día) o 4,8 g una vez al día de mesalazina MMX, o placebo. Se investigaron los siguientes subgrupos: pacientes con una duración de la enfermedad < 1 año y pacientes con una duración de la enfermedad de \geq 1 año con \geq 3

Tratamiento	Placebo		Mesalazina MMX 2,4g/ d		Mesalazina MMX 4,8g/ d	
	< 1 año < 3 brotes	\geq 1 año + \geq 3 brotes	< 1 año < 3 brotes	\geq 1 año + \geq 3 brotes	< 1 año < 3 brotes	\geq 1 año + \geq 3 brotes
AR (%de pacientes)	38,2	26,30%	56,6	57,4	60	58,9
NFD (%de pacientes)	29,1	22,8	47,2	38,9	35,4	37,5

Tratamiento	Placebo		Mesalazina MMX 2,4g/ d		Mesalazina MMX 4,8g/ d	
	< 1 año	≥ 1 año + ≥ 3 brotes	< 1 año	≥ 1 año + ≥ 3 brotes	< 1 año	≥ 1 año + ≥ 3 brotes
Número de pacientes	55	57	53	54	65	56
Pacientes con puntuación ≤ 1, n (%)	29 (52,7)	19 (33,3)	34 (64,2)	36 (66,7)	53 (81,5)	37 (66,1)

recadas en los últimos dos años, antes del inicio del estudio. El criterio de valoración primario fue la curación de la mucosa, definida como una puntuación modificada por sigmoidoscopia de IAE de la CU de ≤ 1 (a los pacientes con friabilidad de la mucosa se les asignó una puntuación de ≥ 2).

Resultados: En total, 340 pacientes cumplieron los criterios para uno de los subgrupos. En ambos subgrupos, la proporción de pacientes que obtuvo una curación mucosa fue superior en los tratados con fármaco activo en comparación con el placebo. El mayor porcentaje de curación (81,5%) se registró en el subgrupo de pacientes de reciente diagnóstico tratados con la dosis de 4,8 g/día. Porcentaje de pacientes con remisión clínica y endoscopia a las 8 semanas:

Conclusiones: La terapia de 2,4 o 4,8 g/d de mesalazina MMX es eficaz para la curación de la mucosa en la CU de leve a moderada independientemente del historial de la enfermedad. Se observaron beneficios particulares en pacientes con una duración más prolongada de la enfermedad y un historial de recaídas clínicas. Se observó que el suministro de 4,8 g/d de mesalazina MMX es altamente eficaz para inducir la curación de la mucosa en pacientes diagnóstico reciente de la enfermedad.

Investigación financiada por Shire Pharmaceuticals Inc., Wayne, PA, EE UU.

LOS FACTORES GENÉTICOS QUE CONFIEREN UNA MAYOR SUSCEPTIBILIDAD PARA DESARROLLAR LA ENFERMEDAD DE CROHN INFLUENCIAN SU CURSO CLÍNICO, PERO NO PERMITEN SU PREDICCIÓN. RESULTADOS DEL PROYECTO EUROPEO IBDCPIP

C. Figueroa^a, I. Cleynen^b, A. Franke^c, D. McGovern^d, M. Bortik^e, J.B.A. Crusius^f, M. Vecchi^g, M. Artieda^h, M. Szczypiorskaⁱ, D. Arteta^j, E. Ayala^k, J.R. González^l, S. Danese^m, R.A. van Hogezaandⁿ, A.S. Peña^o, M. Lukas^p, D. Jewell^q, S. Schreiber^r, S. Vermeire^s, M. Sans^t

^aHospital Clínic/IDIBAPS, Barcelona. ^bKatholieke Universiteit, Leuven, Bélgica. ^cUniversity Hospital Schleswig-Holstein Kiel, Alemania. ^dUniversity of Oxford, Reino Unido. ^eGeneral Teaching Hospital in Prague, Chequia. ^fVU University Medical Center, Amsterdam, Holanda. ^gLeiden University Medical Center, Leiden, Holanda; ^hIstituto Clinico Humanitas, Milán, Italia. ⁱIRCCS Policlinico San Donato, Milán, Italia. ^jProgenika Biopharma, Bilbao

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una entidad muy heterogénea y tiene un curso clínico imprevisible. Los factores genéticos juegan un papel muy importante en su fisiopatología. Se han descrito más de 30 polimorfismos asociados a un mayor riesgo de desarrollar EC (CD-SNPs, Nature Genetics 2008).

Objetivo: 1) Describir la influencia que ejercen los CD-SNPs en el curso clínico de la enfermedad. 2) Elaborar modelos basados en la combinación de CD-SNPs y datos clínicos que permiten predecir el curso clínico de la EC.

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, internacional, que ha incluido 1.528 pacientes con EC y > 10 años de seguimiento

desde el diagnóstico (mediana 18, rango 10-62 años), de 8 centros europeos. Se obtuvieron datos clínicos y ADN de los pacientes y se genotiparon todos los CD-SNPs. En el caso del gen NOD2, se consideró la presencia de sus 3 variantes principales (R702W, G908R y 1007fs) por separado, y también globalmente. Se definieron 7 características de la EC: localización ileal (L1 o L3), localización colónica (L2 o L3), fenotipo estenosante, fenotipo penetrante, enfermedad perianal, manifestaciones extraintestinales y resección intestinal. Además, se definió EC complicada cuando existía una o más de las siguientes: fenotipo estenosante o penetrante, enfermedad perianal o resección intestinal. La asociación entre las principales características de la EC y los CD-SNPs se analizó mediante estudio univariado con corrección de Bonferroni. Las variables con $p < 0,20$ en el estudio univariado fueron incluidas en el estudio multivariado, mediante regresión logística. La capacidad de predicción de cada modelo resultante se expresa con área debajo la curva ROC (AUC).

Resultados: 1) Las siguientes asociaciones alcanzaron significación estadística, tras corrección de Bonferroni: a) afectación ileal (NOD2, $p = 0,000036$; insC1007, $p = 0,0031$; JAK2, $p = 0,031$; tabaquismo, $p = 0,031$; edad al diagnóstico, $p = 0,032$); b) afectación colónica (insC1007, $p = 0,0098$; NOD2, $p = 0,0098$; IL23R, $p = 0,030$); c) fenotipo estenosante (insC1007, $p = 0,0001$; NOD2, $p = 0,00015$); d) enfermedad perianal (edad al diagnóstico, $p = 0,012$); e) resección intestinal (NOD2, $p = 0,00021$; tabaco, $p = 0,0017$; insC1007, $p = 0,0017$). 2) Predicción del curso clínico de la EC: los modelos obtenidos tienen una discreta capacidad de predicción, con una AUC entre 0,59 y 0,67.

Conclusiones: Diversos factores genéticos y datos clínicos influyen en el curso clínico de la EC. No obstante, los modelos matemáticos basados en su combinación no proporcionan una predicción precisa del curso de la EC que pueda ser utilizada en la práctica clínica.

MÉTODOS DE AISLAMIENTO Y PURIFICACIÓN CELULAR A PARTIR DE BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS INTESTINALES PARA EL ESTUDIO DE LA FISIOPATOLOGÍA INTESTINAL HUMANA

A. Carrasco^a, J. Mañé^b, E. Pedrosa^b, J. Vidal^c, M. Fernández^d, R. Santaolalla^a, J. Mallolas^a, V. Lorén^b, F. Fernández-Bañares^a, C. Loras^a, M. Fosinach^a, J.C. Espinós^a, A. Fbbles^a, L. Pardo^a, J.M. Viver^a, M. Esteve^a

^aServicio de Aparato Digestivo y Laboratorio de Investigación, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Fundació per a la recerca Mútua Terrassa. ^bServicio de Aparato Digestivo, Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, CIBERehd, Badalona. ^cServicio de Citometría de Flujo, Catlab. ^dUnidad de Citometría, Fundació Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: El aislamiento celular desde tejido es esencial en estudios de fisiopatología intestinal. El método ideal debería ofrecer un elevado rendimiento celular sin ocasionar alteraciones funcionales. No existen estudios metodológicos comparativos.

Objetivo: Comparar 5 protocolos de aislamiento.

	Fenotipos (mediana (IIQ))					Ratio 4/ 8	CD19+
	CD45+	CD3+	CD3+CD4+	CD3+CD8+			
Enzimático Intenso 1h (n = 7)	86,0%(65,0-91,0)	60,0%(32,0-73,0)	11,0%(3,7-26,7)	19,5%(12,7-26,2)	1,15 (0,32-2,05)	----	
Enzimático ON Suave (n = 20)	81,0%(80,0-84,7)	67,0%(60,2-73,7)	33,5%(30,0-46,5)	22,5%(17,5-29,2)	1,75 (1,05-2,50)	14%(5,0-16,2)	
ON sin enzimas (n = 7)	81,0%(79,0-85,0)	60%(55,0-65,0)	34,0%(32,0-43,0)	21,0%(18,0-22,0)	1,60 (1,30-2,40)	----	
Cultivo 0-24h (n = 9)	96,0%(95,0-97,5)	88,0%(85,0-91,0)	51,0%(45,5-61,0)	27,0%(20,0-33,0)	1,89 (1,37-3,07)	4,5%(3,1-8,2)	
Cultivo 24-48h (n = 8)	91,5%(87,7-95,0)	81,5%(78,0-84,5)	47,5%(39,0-56,2)	23,5%(17,7-30,5)	1,88 (1,43-3,06)	8%(4,2-9,0)	
Disgregación mecánica (n = 5)	85,0%(43,0-93,0)	73,0%(30,5-83,5)	19,0%(15,0-30,0)	30,0%(14,5-49,0)	1,00 (0,30-1,35)	37,5%(11,7-67,0)	

Métodos: Se tomaron biopsias endoscópicas de colon de 27 pacientes sin inflamación. Métodos: a) Enzimático: lavado 25' (EDTA-DTT), incubación: a1) Enzimático Intenso: 1h 1mg/mL colagenasa; a2) Enzimático Suave: overnight (ON) 0,5 µg/mL colagenasa/hyaluronidasa/deoxiribonucleasa; a3) ON sin enzimas; b) Cultivo biopsias 24-48h, salida espontánea de células; c) Mecánico: disociador automatizado. Análisis citometría: número y fenotipo de linfocitos (CD45, CD3, CD4, CD8, CD19). Análisis estadístico: test Wilcoxon y Mann-Whitney.

Resultados: Rendimiento celular: (Mediana linfocitos por biopsia [IIQ]) a1) Enzimático intenso: 30.833 [24.374-41.875]; a2) Enzimático suave: 67.500 [39.166-93.750]; a3) ON sin enzimas: 57.916 [51.041-103.125]; b1) cultivo 0-24h: 45.555 (35.625-105.000); b2) cultivo 24-48h: 26.875 (21.250-33.750); b3) global cultivo: 90.164 [55.555-138.750]; c) Mecánico: 22.500 [14.156-56.250]. El método enzimático suave obtuvo un rendimiento celular ligeramente superior al obtenido con ON sin enzimas sin crear alteraciones fenotípicas. El método enzimático intenso ocasionó reducción de CD4+ (p = 0,004, test Mann-Whitney) sin mejorar el rendimiento. La disgregación mecánica obtuvo un rendimiento inferior al ON suave (p = 0,043, test de Wilcoxon), detectando tendencias al incremento de CD19+ y CD8+ y reducción de CD4+, ocasionando un cambio en la ratio CD4/ CD8 (p = 0,043, test de Wilcoxon). La máxima pureza se obtuvo con métodos de cultivo, pero se detectó una elevada tasa de contaminación (24h: 30%; 48h: 66%).

Conclusiones: El método enzimático suave obtiene el máximo rendimiento celular sin variaciones del fenotipo. Elevadas dosis de colagenasa, ampliamente usadas en la literatura, ocasionan alteraciones de CD4+. Los métodos de cultivo y mecánicos son poco recomendables debido a contaminación, bajo rendimiento y alteraciones fenotípicas.

Financiación: Ministerio de Ciencia y Tecnología BFU-2007-64887.

RECURSOS INFORMATIVOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. GRADO DE SATISFACCIÓN, EXPECTATIVAS Y PERCEPCIÓN DE DÉFICIT DE INFORMACIÓN

M. Mínguez, P. Nos, J. Huguet, I. Catalán, J. Cortés, F. Calvo, A. Gutiérrez, A. Palau, J. Paredes, J.J. Pamírez, P. Ramón, E. Torrella, N. Vázquez, J. Hinojosa, en representación del Foro de Levante para el estudio de la Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal

Hospitales Comunidad Valenciana, Albacete y Murcia

Introducción: La información que los pacientes desean y reciben acerca de su enfermedad es fundamental en patologías crónicas. En nuestro medio se desconocen las fuentes de información que habitualmente usan los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el grado de satisfacción y las preferencias futuras respecto a medios de comunicación y contenido temático.

Objetivo: Conocer en pacientes con EII, los recursos de información acerca de su enfermedad, frecuencia de uso y grado de satisfacción. Indagar sobre las preferencias futuras de dichos recursos y evaluar en qué aspectos consideran que reciben peor información.

Material y métodos: Estudio de cohortes, prospectivo, secuencial. Realizado en pacientes atendidos en consultas externas de 13 centros hospitalarios. Aplicación de una encuesta-formulario estructurado autorellenable con 52 preguntas (p) en el que se recogen datos demográficos (2 p), nivel de estudios (1p), características de la enfermedad y tratamiento (8p), sistemas de información habituales, grado de satisfacción y frecuencia de uso (36p), grado de satisfacción global (1p), orden de preferencia sobre recursos y vías de obtención de la información (2p), temas prioritarios (1p) y aspectos sobre los que considere estar peor informado (1p). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS17.

Resultados: De 385 encuestas se evaluaron 379 (98%). 216 de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y 163 con Colitis Ulcerosa (CU), edad media 37,9 años (rango 16-76). 24% con estudios universitarios y 37% básicos. 33% con antecedentes de cirugía, 85% de corticoterapia, 64% de inmunosupresores y 27% biológicos. El especialista de digestivo es el método más utilizado para obtener información (98%) seguido de internet (60%) y del médico de familia (50%). El grado de satisfacción fue bueno, muy bueno o excelente en más del 90% de usuarios de especialista, enfermería, asociaciones y revistas. El recurso más frecuentemente utilizado es internet (7,6 veces/año de media con un rango entre 1-51). El 56% de pacientes consideran que los recursos utilizados cubren sus necesidades de información. Con excepción del especialista, la edad, el nivel educativo y el tipo de tratamiento recibido se relacionan significativamente con algunos de los recursos utilizados. 85% de los pacientes prefieren recibir en el futuro la información por el especialista de digestivo y el 92% mediante visita presencial. Los pacientes desean recibir más información sobre aspectos del tratamiento médico, riesgos de cáncer y mortalidad y consideran estar poco informados sobre riesgo de cáncer, estudios en fase de investigación, avances terapéuticos, riesgo de muerte e influencia de la enfermedad en el trabajo.

Conclusiones: Los pacientes con EII en nuestro medio utilizan y prefieren al médico especialista como fuente principal de información y están relativamente satisfechos con la información recibida aunque quedan ciertos aspectos de la misma por mejorar.

RECURSOS Y COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DEPENDIENDO DEL MODELO ORGANIZATIVO HOSPITALARIO RESPECTO A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ESPAÑA

L. Marín^a, M. Seoane^b, L. Oltra^c, A. Torrejón^d, P. Hernández^e, M.I. Vera^f, V. García^g, F. Casellas^d, N. Alfaro^h

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bServicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario

Universitario de Santiago de Compostela. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Sagunto, Valencia. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron-CIBEREHD, Barcelona. ^eServicio de Aparato Digestivo Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ^fServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. ^gServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^hTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud, Madrid

Introducción: El abordaje de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) debe ser multidisciplinar e ir acompañado de educación sanitaria. Por ello, se han ido creando distintos modelos organizativos asistenciales. Sin embargo, se desconoce el tipo de recursos y competencias de enfermería según el modelo organizativo del Servicio de Gastroenterología (SG) para atender pacientes con EII.

Objetivo: Describir y comparar los recursos y las competencias enfermeras según el modelo organizativo del SG en el manejo de la EII en España.

Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, con obtención de datos mediante un cuestionario diseñado por enfermeras y gastroenterólogos especializados en EII. Se realizó un análisis comparativo de los recursos y de las actividades enfermeras según el modelo organizativo del SG que se han clasificado en 5 categorías: tiene consulta monográfica de EII (CM); consulta de enfermería general (CE); CM y CE (CM+CE); Unidad de Atención Integral (UAI); o ninguno de los anteriores (NA). Las comparaciones se hicieron con los tests estadísticos chi-cuadrado y de tendencia lineal (significación $p < 0,05$). Los cálculos fueron realizados con el programa SPSS (Versión 15.0).

Resultados: Respondieron 107 SG: 38 CM, 4 CE, 16 CM+CE, 16 UAI, y 33 NA. Es significativa la tendencia del aumento de recursos de enfermería a medida que el modelo organizativo es más completo. El modelo en el que enfermería con más frecuencia dispone de: a) material educativo es UAI (94%) seguido de CE (75%), CM+CE (69%), CM (35%) y NA (30%); b) despacho propio es UAI (69%), seguido de CM+CE (43%), CE (25%), NA (17%) y CM (10%); y c) programas informáticos especializados es UAI (69%), seguido de CM+CE (31%), CM (24%), NA (4%) y CE (0%). En cuanto a las competencias de enfermería: a) gestión de citas no concertadas (UAI: 100% CM+CE: 53% CE: 67% CM: 22% y NA: 22%); b) proporcionar apoyo emocional (UAI: 100% CM+CE: 53% CE: 100% CM: 23% y NA: 47%); c) educación sanitaria (UAI: 88% CM+CE: 40% CE: 100% CM: 30% y NA: 39%); d) seguimiento de pacientes según protocolo de fármacos (UAI: 80% CM+CE: 33% CE: 100% CM: 14% y NA: 17%); y e) seguimiento y adherencia a los tratamientos no biológicos (UAI: 75% CM+CE: 7% CE: 67% CM: 14% y NA: 22%).

Conclusiones: Enfermería dispone de más recursos y tiene más competencias cuanto más completo es el modelo organizativo. Entre las competencias de enfermería del modelo más completo, se encuentran la gestión de las consultas no programadas y proporcionar apoyo emocional y educación sanitaria. Sería necesario o deseable desarrollar las competencias enfermeras para mejorar los resultados con los pacientes.

RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA VACUNA DE LA HEPATITIS B EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Chaparro^a, J.R. Villagrasa^b, A. Rodríguez Nogueiras^a, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo y ^bServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Introducción: La hepatitis B (VHB) puede causar hepatitis fulminante principalmente en pacientes en tratamiento inmunosupresor. En la actualidad se recomienda la vacunación frente al VHB en

los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). No obstante, existen pocos datos sobre la tasa de respuesta a dicha vacuna en estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la vacuna del VHB en los pacientes con EII, la tasa de éxitos de la revacunación en los pacientes en los que fracasó la primera vacunación y la influencia del tratamiento inmunosupresor y biológico en la respuesta a la vacunación.

Métodos: Se analizaron de forma prospectiva los marcadores serológicos de infección por VHB en los pacientes con EII atendidos de forma consecutiva en la Unidad de EII de nuestro centro. Los pacientes con marcadores serológicos de VHB negativos fueron vacunados. La evaluación de la respuesta inmunológica a la vacuna se realizó mediante la determinación sérica de los niveles de anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB (anti-HBs): se consideró una inmunización adecuada si los niveles de anti-HBs eran superiores a 100 mUI/ml. La pauta de vacunación consistió en doble dosis de vacuna administrada a los 0, 1 y 2 meses. En los pacientes no respondedores se administró una segunda vacunación con la misma dosis e intervalo que la primera. Se registró el tratamiento con fármacos biológicos antes y después de la vacunación.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes. La edad media fue de 42 años (rango 15 a 79 años). Ciento doce (53%) fueron mujeres, y 127 (60%) tenían enfermedad de Crohn. Sesenta y cuatro pacientes (30%) estaban en tratamiento con inmunomoduladores, y 11 (5%) con anti-TNF antes de la administración de la vacuna. Treinta y dos (15%) pacientes tenían anticuerpos anti-HBs (por vacunación previa o VHB crónica). Después de la primera vacunación, solo el 34% de los pacientes tuvieron niveles adecuados de anti-HBs (> 100 mUI/ml). La tasa de respuesta después de la primera vacunación fue más baja entre los pacientes que estaban en tratamiento previo con anti-TNF (40% vs 10% aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística). La respuesta a la segunda vacunación en aquellos pacientes que no respondieron a la primera fue del 41%. Por lo tanto, después de la primera y la segunda vacunación se alcanzaron niveles adecuados de anticuerpos anti-HBs, globalmente, en el 60% de los pacientes. Si se hubiera considerado una respuesta inmunológica adecuada la obtención de un nivel de anti-HBs > 10 mUI/ml (en lugar de 100 mUI/ml, como se recomienda en algunas guías), el 60% de los pacientes habrían sido considerados respondedores después de la primera vacunación.

Conclusiones: La tasa de respuesta a la vacunación del VHB en los pacientes con EII fue muy baja, sobre todo en los que estaban en tratamiento con anti-TNF. No obstante, después de la primera y la segunda vacunación más de la mitad de los pacientes desarrollaron niveles adecuados de anti-HBs.

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL

A.I. González Tallón^a, F.J. García Alonso^b, R. Martín Mateos^c, C. Villa^d, A. Algaba^e, F. Bermejo^f, A. López San Román^g

^aGastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ^bAparato Digestivo, Hospital de Fuentabrada, Madrid. ^cFaltan filiaciones

Introducción: Estudios previos sugieren que el pronóstico a largo plazo de la enfermedad de Crohn con afectación perianal (EC-p) es bastante malo, ya que una proporción importante de pacientes, hasta un 50% precisa con el tiempo de una derivación intestinal permanente para el manejo de su enfermedad (Galandiuk S Ann Surg 2005).

Material y métodos: Nuestro objetivo fue evaluar el pronóstico a largo plazo de los pacientes con EC-p, así como la medicación que precisaron durante su seguimiento, en comparación con los pacientes con EC sin afectación perianal (EC-Np). Los datos fueron tomados de la base de datos prospectiva de la consulta externa de EII de

los departamentos de Gastroenterología de dos hospitales universitarios. Se aceptaron pacientes adultos con diagnóstico previo a 2008 y un seguimiento mínimo de un año.

Resultados: Se incluyeron un total de 599 pacientes (rango de edad 17-85 años). El tiempo medio de seguimiento fue de 9.6 años. Presentaban EC-p 153 pacientes (25,5%). Del total de ellos, el 82,4% fueron tratados con azatioprina (AZA) y el 43% con infliximab (IFX), en comparación con los enfermos con EC-Np, en los que los porcentajes fueron 52% y 9,3% respectivamente ($p < 0,001$ en ambos grupos). La tasa de cirugía resectiva fue similar en ambos grupos, 36% en EC-p y 38,2% en EC-Np ($p = 0,9$). La ileostomía permanente fue necesaria en el 3,9% ($n = 6$) de los EC-p.

Conclusiones: Un 25,5% de nuestros pacientes presentaban afectación perianal. La AZA y el IFX se usaron significativamente más en este subgrupo de pacientes que en aquellos sin afectación perianal. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la proporción de intervenciones resectivas y la ileostomía permanente fue raramente necesaria, sólo en un 3,9% de los casos de EC-p. Es posible que los fármacos inmunosupresores y los agentes biológicos hayan disminuido la necesidad de una ileostomía permanente en este subgrupo de pacientes.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA ENCUESTA “DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA” EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

F. Gomollón^a, A. López San Román^b, J.P. Gisbert^c, J. Hinojosa^d

Servicios de Aparato Digestivo: ^aHospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. ^bHospital Ramón y Cajal, Madrid. ^cHospital La Princesa, Madrid. ^dHospital de Manises, Valencia

Objetivo: Evaluar el grado de acuerdo entre las opiniones de los gastroenterólogos españoles y las recomendaciones de la European Crohn's & Colitis Organisation (ECCO). El objetivo fundamental fue identificar las áreas de discrepancia para mejorar los resultados de los programas de Formación Continuada de GETECCU.

Métodos: Estudio prospectivo, basado en una encuesta estructurada de 31 preguntas elaborada por un comité científico, referida específicamente a la enfermedad de Crohn. El ámbito del estudio fue nacional, con una muestra de 300 encuestas respondidas por gastroenterólogos generales y especialistas en Enfermedad Inflamatoria Intestinal. El cuestionario recoge datos generales del perfil de los centros y la prevalencia de la EC y plantea cuestiones sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y seguridad en el manejo de la enfermedad, desde el punto de vista del facultativo, en su práctica diaria.

Resultados: Se presentan los datos preliminares, cuando se llevan evaluadas 50 de las 300 encuestas recibidas. El 87% de los encuestados pertenece al ámbito hospitalario. Casi el 90% eligen la ileocolonoscopia con biopsia como procedimiento exploratorio inicial para el diagnóstico de la EC. Los corticoides constituyen la medicación que con mayor frecuencia se utiliza de primera elección (en más del 87% de los casos) y la azatioprina en los pacientes corticodependientes. La elección del tratamiento biológico se realiza, fundamentalmente, en la enfermedad perianal y ante el fracaso de los corticoides y la azatioprina (88%). La medida profiláctica más utilizada (62%), una vez realizado el diagnóstico, es la vacunación frente a la hepatitis B, así como la suspensión del tratamiento con metotrexato durante el embarazo y de azatioprina/mercaptopurina durante el periodo de lactancia (86%). Existió un elevado grado de acuerdo (> 80% en casi todos los parámetros) entre el manejo de la EC en la práctica clínica y las recomendaciones emitidas por la ECCO.

Conclusiones: Los criterios que se utilizan para el manejo de la EI en la práctica clínica son, en general, bastante homogéneos y presentan un elevado grado de acuerdo con la ECCO. Sin embargo, se han observado algunas discrepancias entre las recomendaciones

de consenso y la práctica clínica, lo que permitirá enfocar más específica y eficientemente los programas docentes de GETECCU.

SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TIOPURINAS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN 3.900 PACIENTES

M. Chaparro^a, I. Ordás^b, E. Cabré^c, V. García^d, G. Bastida^e, M. Peñalva^f, F. Gomollón^g, E. García-Planella^h, O. Merinoⁱ, A. Gutiérrez^j, M. Esteve^k, M. Andreu^l, M. García-Sepulcre^m, J. Hinojosaⁿ, I. Vera^o, F. Muñoz^p, J.L. Mendoza^q, J.L. Cabriada^r, M.A. Montoro^s, M. Barreiro^t, G. Ceña^u, C. Saro^v, X. Aldeguer^w, J. Barrio^x, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

Servicios de Gastroenterología: ^aHospital La Princesa, Madrid.

^bHospital Clínic, Barcelona. ^cHospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ^dHospital Reina Sofía, Córdoba. ^eHospital La Fe, Valencia. ^fHospital de Bellvitge, Barcelona. ^gHospital Lozano Blesa, Zaragoza. ^hHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁱHospital de Cruces, Vizcaya. ^jHospital Alicante, Alicante. ^kHospital Mutua Terrassa, Terrassa. ^lHospital del Mar, Barcelona. ^mHospital de Elche, Elche. ⁿHospital de Manises, Valencia. ^oHospital Puerta de Hierro, Madrid. ^pHospital de León, León. ^qHospital Clínico San Carlos, Madrid. ^rHospital de Galdakao, Vizcaya. ^sHospital San Jorge, Huesca. ^tHospital de Santiago, Santiago. ^uHospital Poyo Villanova, Zaragoza. ^vHospital de Cabueñes, Gijón. ^wHospital Doctor Josep Trueta, Girona. ^xHospital del Río Hortega, Valladolid

Introducción: Azatioprina (AZA) y mercaptopurina (MP) han demostrado ser eficaces en la inducción de la remisión y como tratamiento de mantenimiento en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI). La aparición de efectos adversos (EA) es la principal causa de interrupción del tratamiento con estos fármacos.

Objetivo: Evaluar la incidencia acumulada, la tasa de incidencia, la distribución y la cronología de la aparición de EA en los pacientes con EI en tratamiento con tiopurinas. Identificar factores predictivos de la aparición de EA relacionados con el tratamiento tiopurínico.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes con EI en tratamiento con tiopurinas incluidos en la base de datos nacional ENEIDA. La incidencia a largo plazo de EA se evaluó mediante el método de Kaplan-Meier. Mediante el análisis de regresión de Cox se identificaron los posibles factores predictores de la aparición de EA.

Resultados: Se incluyeron 3.900 pacientes (edad media 40 años, 59% varones, 30% colitis ulcerosa, 70% enfermedad de Crohn (EC)). 95% estaban en tratamiento con AZA y 5% con MP. La mediana de tiempo de tratamiento con tiopurinas fue de 44 meses (rango 0-420 meses). La mediana de aparición de EA desde el inicio del tratamiento con tiopurinas fue de 1 mes. La incidencia acumulada de EA fue del 26% con una tasa de incidencia del 7% por paciente y año de seguimiento. El 51% de los EA que causaron la interrupción del tratamiento aparecieron en el primer mes, el 76% en los 6 primeros meses y el 80% en los primeros 12 meses de tratamiento. Los EA más frecuentes fueron las náuseas (8%), hepatotoxicidad (4%), mielotoxicidad (4%) y pancreatitis (4%). Tres pacientes presentaron linfomas. El sexo femenino (OR = 1,4; IC95% = 1,1-1,8) y la EC (OR = 2,5; 2-3) se asociaron con un aumento del riesgo de aparición de náuseas. El riesgo de hepatotoxicidad fue más bajo en mujeres (OR = 0,6; 0,4-0,9) y más alto en la EC (OR = 3,3; 2,5-4,5). El riesgo de mielotoxicidad fue significativamente más elevado con MP (OR = 5; 2,5-11) y en mujeres (OR = 3,6; 2-6). El riesgo de pancreatitis fue más alto en la EC (OR = 2,5; 2-3,4). El 17% de los pacientes interrumpieron el tratamiento con tiopurinas debido a los EA. El 37% de

estos pacientes reinició el tratamiento con tiopurinas y, de ellos, el 40% presentó EA de nuevo (4% con el mismo fármaco y 36% tras el cambio al otro tiopurínico).

Conclusiones: 1. Una cuarta parte de los pacientes en tratamiento con tiopurinas presentó EA en algún momento del seguimiento. 2. Una proporción relativamente elevada de pacientes (17%) tuvo que interrumpir el tratamiento con tiopurinas por la aparición de EA. 3. Más de la mitad de los pacientes que reinician el tratamiento con tiopurinas tras haberlo suspendido por EA lo toleran finalmente. 4. Se han identificado diversos factores predictores de la aparición de algunos EA.

TIEMPO DE RESPUESTA DE LA AZATIOPRINA EN LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE: ¿CUÁNTO TENEMOS QUE ESPERAR?

P. Soto Escribano, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, M. Rodríguez Perálvarez, G. Castro Triguero, A. Hervás Molina, J.F. de Dios Vega, F. Gómez Camacho

Introducción: La azatioprina (AZA) se ha empleado en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) corticodependiente. Hay pocos datos sobre su eficacia en la colitis ulcerosa (CU) en esta situación, y no hay estudios que hayan evaluado el tiempo de respuesta. Clásicamente se ha considerado prudente esperar al menos 6 meses antes de asegurar su ineficacia. No obstante, una inducción más precoz puede mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar la aparición de efectos adversos derivados de los corticoides.

Objetivo: Describir la eficacia de la AZA para retirar los corticoides en los pacientes con CU. Evaluar el tiempo de respuesta de este fármaco e identificar factores predictivos de respuesta.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo con 82 pacientes con CU corticodependiente que iniciaron tratamiento con AZA y fueron revisados en consulta de EII desde julio-98 a mayo-09. La dosis fue de 2,5 mg/ Kg/ día de AZA. Se recogieron variables clínicas y analíticas en el momento de iniciar el tratamiento. Los pacientes fueron revisados a la 2ª y 4ª semanas y cada 3 meses desde el comienzo del fármaco para valorar la eficacia y descartar la presencia de efectos adversos. Se consideró respuesta terapéutica cuando se consiguió retirar los corticoides en un plazo de 6 meses y respuesta precoz cuando se conseguía en las 8 primeras semanas. Los pacientes respondedores mantuvieron el tratamiento y se evaluó su eficacia a largo plazo, considerándose recidiva clínica significativa cuando volvía aparecer corticodependencia o una recidiva clínica grave.

Resultados: El 56% eran hombres y la edad media fue de 45 años (± 15). El 51%(42) tenía una colitis extensa y el 13%(11) asociaban manifestaciones extraintestinales. La dosis media de corticoides al inicio del tratamiento fue de 34 mg/ día. La AZA consiguió retirar los corticoides en el 63% de los pacientes con una media de 10 ± 6 semanas (IC95% 8,6-11), lográndose una respuesta precoz en el 57%. Aunque los pacientes con manifestaciones extraintestinales

presentaron una menor respuesta a la AZA (87%vs 44% $p = 0,009$), no se encontraron diferencias en las características clínicas de los pacientes ni en la dosis de corticoides entre aquellos que alcanzaron una respuesta precoz o tardía a la AZA. La incidencia de efectos secundarios a la AZA fue de 25,6%. Ocho de los pacientes respondedores (14%) tuvieron una recidiva clínica significativa con una media de 3 años tras el inicio del tratamiento.

Conclusiones: La AZA es un tratamiento eficaz para retirar los corticoides en pacientes con CU corticodependiente. El tiempo de respuesta se produce en la mayoría de los pacientes antes de las 8 semanas. No se han identificado factores predictivos de respuesta precoz. Sería necesario plantear alternativas terapéuticas en pacientes que no responden antes de la octava semana de tratamiento con el fin de inducir una respuesta más precoz y evitar el uso prolongado de corticoides.

TRATAMIENTO CON ENEMAS DE MESALAZINA A ALTAS DOSIS PARA LA PROCTITIS Y PROCTOSIGMOIDITIS ULCEROSA REFRACTARIA

N. Villén^a, F. Fernández-Bañares^b, M. Forné^b, J.C. Espinós^b, M. Fobinach^b, C. Loras^b, R. Temiño^b, V. Gonzalo^b, R. Garriga^b, J.M. Viver^b, M. Esteve^b

^aServicio de Farmacia y ^bServicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Fundació per a la Recerca Mútua Terrassa, Barcelona

Introducción: La dosis eficaz de enemas de mesalazina (5-ASA) en la proctitis y proctosigmoiditis ulcerosa (PUR) se estableció en ensayos clínicos controlados en 1-2 gramos al día. Se desconoce si dosis superiores son seguras y eficaces en el tratamiento de la PUR.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de dosis altas de enemas de mesalazina (DA-e5ASA) (8-12 g al día) en la inducción de la remisión en pacientes con: a) PUR a dosis estándar de 5-ASA tópica; b) PUR a inmunodepresores y/o infliximab y c) PUR residual tras la administración de tratamiento sistémico de colitis ulcerosa extensa.

Métodos: Los pacientes se identificaron a partir del registro local de ENEIDA del Hospital Universitari Mútua de Terrassa con los siguientes criterios: 1) diagnóstico de colitis ulcerosa y 2) tratamiento con 5-ASA tópica ($n = 94$). Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes y 27 de ellos habían sido tratados con DA-e5ASA y clasificados en: a) PUR a dosis estándar ($n = 7$); b) PUR a inmunodepresores y/o infliximab ($n = 6$) y c) PUR residual ($n = 14$). Los DA-e5ASA se prepararon en la farmacia según legislación vigente. Se evaluó el porcentaje de remisión clínica (índice de Truelove) y endoscópica (índice de Gomes) por efecto de los DA-e5ASA, los efectos adversos, el ahorro de colectomía y la necesidad de tratamiento de mantenimiento (>6 meses) de la remisión. Análisis estadístico: test de Wilcoxon y prueba exacta de Fisher 2×3 .

Resultados: Mostraron remisión endoscópica 18 de 26 pacientes (69%) (datos endoscópicos no fiables en 1 paciente). No hubo dife-

	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Truelove			
antes DA-e5ASA	9 (IC: 8-10,75)	11 (IC: 9-13)	11 (IC: 9,5-12,5)
después DA-e5ASA	8 (IC: 6,5-8,5)	7,5 (IC: 6-11)	6 (IC: 6-6,25)
p	$p = 0,041$	$p = 0,068$	$p = 0,001$
Gomes			
antes DA-e5ASA	2 (IC: 1,75-2,25)	2 (IC: 2-2,25)	2 (IC: 2-2,25)
después DA-e5ASA	0 (IC: 0-1)	0 (IC: 0-2)	0 (IC: 0-0,25)
p	$p = 0,038$	$p = 0,059$	$p = 0,001$

Resultados expresados en mediana e intervalo intercuartil (IIC).

rencias en el porcentaje de remisión entre los grupos: a) 71% b) 33% y c) 79% (p = 0,19). En la tabla se muestra la evolución de los índices en los 3 grupos. El 44% de los pacientes requirió DA-e5ASA para mantener la remisión. Se evitó la colectomía en un 65% de los pacientes de los grupos B y C por efecto de la administración de DA-e5ASA. No se observaron efectos adversos y solo 2 pacientes presentaron incapacidad de retención del enema.

Conclusiones: Los DA-e5ASA son seguros y han demostrado eficacia terapéutica tanto en la inducción de la remisión como en evitar la colectomía en pacientes con PUR.

UTILIDAD DE LA BECLOMETASONA DIPROPIONATO ORAL COMO TRATAMIENTO PARA LA INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN EN COLITIS ULCEROSA ACTIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

T.F. Nunes^a, M. Barreiro^b, P. Nos^c, I. Marín-Jiménez^d, F. Bermejo^e, D. Ceballos^f, V. García^g, S. Gómez Senent^h, Y. Torresⁱ, Á. Ponferrada Díaz^j, J.A. Arévalo^k, D. Martínez^l, X. Calvet^m, D. Ginardⁿ, D. Monfort^o, M. Chaparro^p, R. Pajares^q, M. Domínguez^r, C. Villalón^s, J.L. Pérez-Calle^t, N. Manceñido^u, C. Muñoz^v, H. Núñez^w, D. Carpio^x, R. Araméndiz^y, L. Bujanda^z, S. Estrada^{aa}, C. Hermida^{ab}, J. Barrio^{ac}, M.B. Casís^{ad}, M.C. Dueñas^{ae}, L.I. Fernández^{af}, M.M. Calvo^{ag}, M. Calvo^{ah}, B. Botella^{ai}, R. de Francisco^{aj}, E. Ayala^{ak}, M. Sans^{al} y Grupo de Trabajo RECLICU

^aUnidad de Gastroenterología-EII, Hospital Clínic, Barcelona.

^bHospital Clínico Santiago, Santiago de Compostela. ^cHospital La Fe, Valencia. ^dHospital Gregorio Marañón, Madrid. ^eHospital de Fuenlabrada, Madrid. ^fHospital Dr Negrín, Las Palmas. ^gHospital Reina Sofía, Córdoba. ^hHospital La Paz, Madrid. ⁱHospital San Juan de Dios, Sevilla. ^jHospital Infanta Leonor, Madrid. ^kHospital de Cerdakano, Bilbao. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo. ^mHospital de Sabadell, Sabadell. ⁿHospital Son Dureta, Palma de Mallorca. ^oHospital de Terrassa, Barcelona. ^pHospital de La Princesa, Madrid. ^qHospital Infanta Sofía, Madrid. ^rHospital de Móstoles, Madrid. ^sHospital Comarcal Medina del Campo, Valladolid. ^tHospital Fundación Alcorcón, Madrid. ^uHospital de Basurto, Bilbao. ^vHospital Río Carrión, Palencia. ^wComplejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra. ^xHospital de día Quirón, Zaragoza. ^yHospital Donostia, San Sebastián. ^zHospital Txagorritxu, Vitoria. ^{aa}Clínica de Navarra, Pamplona. ^{ab}Hospital del Río Hortega, Valladolid. ^{ac}Hospital 12 de Octubre, Madrid. ^{ad}Hospital General San Pedro de Alcántara, Cáceres. ^{ae}Hospital Clínico, Valladolid. ^{af}Hospital Alto Deba, Mondragón. ^{ag}Hospital Infanta Cristina, Parla. ^{ah}Hospital Central de Asturias, Oviedo

Introducción: Beclometasona dipropionato (BDP) es un fármaco disponible para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) leve y moderada. En los últimos dos años más de 20.000 pacientes han recibido este fármaco en España.

Objetivo: Estudiar la eficacia y seguridad de la BDP oral en el tratamiento de la CU activa en la práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico (34 centros), nacional, en el que se incluyeron 434 pacientes con colitis ulcerosa activa tratados con BDP. La actividad clínica se cuantificó mediante el Índice de Mayo clínico (IMC, 0-9), lo que incluyó el número de deposiciones, sangre en heces y valoración global. Se han excluido 20 pacientes en los que no era posible calcular el IMC pre- y/o post-tratamiento y 20 en los que el IMC pre-tratamiento era < 3, quedando 394 pacientes evaluables. Se definió la remisión como un IMC post-tratamiento de 0 o 1 y la respuesta como un descenso del IMC de 3 puntos o > 30%.

Resultados: La serie incluye 197 mujeres y 197 hombres, edad media 43,7 años, tiempo medio de evolución 72 meses y extensión E1 (11,4%), E2 (48%) y E3 (40,6%). En el momento de iniciar BDP los pacientes estaban recibiendo 5ASA oral (81,7%), 5ASA tópica (39,8%), azatioprina (18,8%) o esteroides (9,4%). Se utilizó la dosis

de 5 mg en el 87,8% de los pacientes durante una media de 6,2 semanas. El tratamiento con BDP logró remisión (44,4%), respuesta (22,3%) o fracaso (33,2%) y el ICM pasó de $4,9 \pm 1,3$ a $2,4 \pm 2,3$ (p < 0,0001). La tasa de remisión fue mayor en la CU leve y moderada que en la CU grave (p < 0,043). También hubo una tendencia a una mayor tasa de remisión en la UC izquierda y extensa que en la proctitis (p < 0,06). Un 7,6% de los pacientes presentaron efectos secundarios leves, siendo los más frecuentes cefalea y náuseas. Algunos pacientes requirieron esteroides (31,7%), ciclosporina (2,3%), infliximab (3,6%), ingreso hospitalario (6,6%) o colectomía (1%).

Conclusiones: BDP consigue inducir la remisión o respuesta en dos tercios de los pacientes con CU activa, manteniendo un buen perfil de seguridad, en la práctica clínica diaria. Los pacientes con UC izquierda o extensa con actividad leve o moderada tienen mayor probabilidad de beneficiarse de BDP oral.

Endoscopia

ACEPTACIÓN DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL A TRAVÉS DE ORIFICIOS NATURALES (NOTES) EN LA POBLACIÓN: ENCUESTA DE OPINIÓN

H. Córdova^a, C. Rodríguez de Miguel^a, C. Guarner-Argente^a, L. Bujanda^b, G. de la Poza^c, E. Vázquez-Sequeiros^c, G. Martínez-Pallí^d, R. Navarro^d, A. Ginès^e, M. Pellisé^e, O. Sendino^e, J.M. Borda^f, C. Dolz^f, J. Llach Vila^g, A.M. Lacy Fortuny^g, G. Fernández-Esparrach^g

^aUnidad de Endoscopia. ^dServicio de Anestesia. ^fServicio de Cirugía. Hospital Clínic, Barcelona. ^bServicio de Gastroenterología, Hospital Donostia, San Sebastián. ^cServicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ^eUnidad de Endoscopia, Hospital Son Llàtzer, Mallorca

Introducción: La NOTES es una técnica quirúrgica muy novedosa y con potenciales ventajas sobre la laparoscopia. Uno de los factores más atractivos es la ausencia de cicatrices en la pared abdominal. Sin embargo, desconocemos la aceptación que tiene entre el público.

Objetivo: Analizar la aceptación de la NOTES entre la población española.

Pacientes y métodos: A los pacientes y acompañantes que frecuentan una unidad de endoscopia se les pidió contestar una encuesta. La encuesta constaba de diferentes ítems que hacían referencia a los datos epidemiológicos, nivel de estudios, antecedente de cirugía previa y preferencia del tipo de cirugía (NOTES o laparoscopia) en caso de requerir una nueva intervención. Previamente, los encuestados habían recibido información escrita explicando en qué consiste cada tipo de cirugía. La encuesta fue distribuida a un Hospital por cada Comunidad Autónoma.

Resultados: En el momento del análisis, 293 de 300 participantes procedentes de 3 comunidades autónomas habían completado la encuesta (61% mujeres; edad media 52 ± 15 años, rango 18-89). 94% eran españoles, 6% trabajaban en la Sanidad y 64% tenían estudios superiores. 47% eran usuarios de las Unidades de Endoscopia, 43% se habían realizado una endoscopia previamente y 43% tenían una cirugía previa. En cuanto a la información previa sobre la técnica, 29% tenían conocimiento de la NOTES (casi 50% por la TV). 56% preferían NOTES y 44% laparoscopia. 98/163 (60%) de los que preferían NOTES eran mujeres. El recto fue la vía de acceso más elegida (28%), seguida por la boca (21%) y vagina (17%). 45% de las mujeres escogieron la vagina como acceso. 27/163 (17%) siguieron escogiendo NOTES a pesar de que implicara un mayor riesgo que la laparoscopia. La razón principal para escoger NOTES fue el menor

dolor en el post-operatorio (82/ 163, 50%). No encontramos ningún factor asociado a la preferencia por NOTES.

Conclusiones: El público español parece aceptar bastante bien la NOTES, siempre y cuando no suponga un riesgo aumentado de complicaciones.

CANULACIÓN BILIAR CON ESFINTEROTOMO Y GUÍA CONTROLADOS POR EL EXPLORADOR: RESULTADOS ÓPTIMOS CON INDEPENDENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL ASISTENTE EN LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

A. López Serrano^{a,b}, N. Maroto Arce^a, I. Ferrer Bradley^a, C. Montón Rodríguez^a, I. Ortiz Polo^b, E. Moreno Osset^b, J. Hinojosa del Val^a

^aServicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de Manises, Universidad Católica de Valencia. ^bServicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari Dr. Peset, Universitat de València, Valencia

Introducción: La experiencia del equipo explorador es importante para el éxito en la canulación de la papila de Vater y una menor tasa de complicaciones tras la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se ha comprobado que la canulación con guía permite una reducción en la incidencia de pancreatitis aguda post-CPRE y un mayor éxito de canulación del conducto biliar. Por otra parte, la manipulación de la guía por el explorador permite a éste ser independiente de la experiencia del asistente en la canulación.

Objetivo: Conocer la aplicabilidad y complicaciones de la técnica de canulación de la vía biliar con esfinterotomo y guía controlados por el explorador en dos centros con personal auxiliar de endoscopia con experiencia dispar en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Material y métodos: Estudio prospectivo en 70 pacientes sometidos a CPRE en dos centros hospitalarios (centro A = 47; centro B, de nueva creación = 23 pacientes) por sospecha/tratamiento de patología biliar, con papila de Vater intacta, desde noviembre-2008 hasta septiembre-2009. Criterios de exclusión: edad menor de 18 años, cirugía en colédoco o gastroduodenal, esfinterotomía previa, comorbilidad grave. Técnica de canulación: esfinterotomo y guía corta controlados por explorador. Se analiza: canulación profunda de la vía biliar (éxito, dificultad, canulación involuntaria del conducto pancreático, necesidad de uso de contraste, uso de guía/prótesis pancreáticas, precorte, número de acercamientos sobre la papila con el esfinterotomo, tiempo) y complicaciones. Se categorizan los pacientes en función del hospital donde se realiza la CPRE. Se aplica: test de la t de Student o prueba de la Ji cuadrado de Pearson/ test exacto de Fisher.

Resultados: Papila no accesible: 3 pacientes (excluidos del estudio; N final = 67). Edad media (DE; rango): 77 (12; 35-95) años. Hombres/ Mujeres: 28/ 39. Indicación más frecuente: coledocolitiasis, 42 (63%) pacientes. Canulación: exitosa, 65 (97%) pacientes; difícil, 21 (31%); no intencionada de páncreas, 22 (33%); uso de contraste, 13 (19%); inyección submucosa, 2 (3%); guía o prótesis en conducto pancreático, 11 (17%) y 1 (1%), respectivamente; precorte de papila (exitosa), 3 (5%); contraste en conducto pancreático, 6 (9%); < 10 intentos, 48 (74%); < 10', 42 (65%) pacientes. Complicaciones (leves): 5 (8%) pacientes. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes de ambos centros.

Conclusiones: La canulación biliar con guía controlada por el explorador es una técnica exitosa y que permite ser independiente de la experiencia del asistente. Además, evita con frecuencia el uso de contraste para canular. Todo ello se traduce en una baja incidencia de complicaciones.

CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A. González^a, A. Castellot^a, L. Betancor^a, V. Sosa^a, M. Lorente^a, P. Sáiz^a, V. Malo de Molina^a, J.M. Marrero^a, E. Jiménez^a, A. Monescillo^a, A. Cruz^a, M. Peñate^a, A. Sierra^a, E. García^b

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. ^bServicio de Digestivo, Hospital General de Fuerteventura

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es una técnica de diagnóstico por imagen para el estudio del intestino delgado.

Objetivo: Valorar las características de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) a través de CE en nuestro medio.

Material y métodos: Se revisaron de manera retrospectiva todas las CE remitidas a nuestra unidad desde junio de 2006 a octubre de 2009. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de imagen. Se analizaron aquellas cuyo diagnóstico final fue de EII. Los criterios para diagnóstico de EII fueron la presencia de más de una de las siguientes alteraciones: aftas, úlceras, alteración del patrón mucoso y estenosis. Se excluyeron a los pacientes con antecedentes de consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

Resultados: De los 177 pacientes remitidos se administró la cápsula a 170, diagnosticando de EII a 22, 64% hombres, con una edad media de 39 ± 17 (15-75). El motivo de petición fue anemia crónica en 4 casos, hemorragia de origen oscuro en 5, descartar EII en 8 y estudio de extensión de EII en 5. El tiempo medio de paso en intestino delgado fue de 318 minutos (179-512), alcanzando el ciego en 16 casos (73%). Se observaron aftas en el 68% (n = 15), ulceraciones en el 77% (n = 17), alteración del patrón mucoso en el 82% (n = 18) y estenosis en el 32% (n = 7). 13 pacientes (59%) tenían 2 criterios diagnósticos, 5 pacientes (23%) 3 criterios y 4 pacientes (18%) todos los criterios. No se observaron diferencias en el tipo y número de lesiones según el motivo de petición. En 5 de los pacientes se observó sangrado activo durante la exploración. 5 de los pacientes tenían antecedentes quirúrgicos de intestino delgado. En un caso se sospechó retención de cápsula, pero se eliminó en la primera semana. No se registró ninguna complicación.

Conclusiones: La CE es una técnica accesible, útil y segura para el estudio de la EII. Los resultados son similares a lo publicado en la literatura. Utilidad de la cápsula para valoración de desaparición de las lesiones.

CIRUGÍA NOTES HÍBRIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA. EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL

G. Fernández-Esparrach^a, S. Delgado^b, A. Ibarzábal^b, C. Guarner-Argente^a, C. Rodríguez de Miguel^a, G. Martínez-Pallí^c, F. Higuera-Hidalgo^b, N. Salgado^b, A. Ginés^a, M. Pellisé^a, O. Sendino^a, J.M. Bordas^a, J. Llach^a, A.M. Lacy^b

^aUnidad de Endoscopia. ^bServicio de Cirugía. ^cServicio de Anestesia. Hospital Clínic, Barcelona

Objetivo: Presentar nuestra experiencia inicial en cirugía NOTES híbrida como tratamiento de la obesidad mórbida.

Pacientes y métodos: Pacientes consecutivos intervenidos de tubulización gástrica utilizando una técnica quirúrgica híbrida que combina la endoscopia a través de un acceso transvaginal y dos mini-puertos de laparoscopia (de 2 y 12 mm). El endoscopio proporciona la imagen y se utiliza para la extracción de la pieza de resección. Todo el procedimiento quirúrgico se realiza con instrumentos rígidos a través de los puertos de laparoscopia

Resultados: Entre junio de 2008 y abril de 2009 se han realizado 6 tubulizaciones gástricas transvaginales híbridas en 6 pacientes con una media de edad de 65,5 años y de BMI de 41,5 kg/m². Cinco pacientes presentaban más de 2 comorbilidades. El tiempo medio de intervención ha sido de 167,5 minutos y la estancia media hos-

pitalaria de 3,8 días, resultados que son comparables a los de nuestra serie por vía laparoscópica. Hemos tenido una complicación intraoperatoria (fallo de la grapadora mecánica) que ha ocasionado un fallo de sutura post-operatorio. Entre las limitaciones del endoscopio que hemos observado, las más relevantes son: dificultad de orientación, poca luminosidad, dificultades para limpiar la óptica y distorsión del campo quirúrgico.

Conclusiones: La tubulización gástrica transvaginal es una alternativa válida a la cirugía laparoscópica. Sin embargo, necesitamos más mejoras en los endoscopios e instrumental flexible para poder realizar estos procedimientos de forma estándar.

COMPLICACIONES DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN EN UNA UNIDAD DE INTESTINO DELGADO

E. Pérez-Cuadrado, P. Esteban Delgado, J.I. Rodrigo Aguado, A. López Higuera, S. Chacón Martínez, J. Shanabo, R. Gómez Espín, E. Fuentes, A. López Martín, E. Torrella Cortés

Unidad de Intestino Delgado, Sección de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

Introducción y objetivo: No se conoce en nuestro medio la incidencia de complicaciones en el uso de la Cápsula Endoscópica (CE) y la Enteroscopia de Doble Balón (EDB). Presentamos nuestra experiencia en un período de 5 años, considerando como complicaciones de la CE su retención en Intestino Delgado (ID) y la ocupación de la vía aérea y de la EDB la perforación, la hemorragia y la pancreatitis.

Material y métodos: Se incluyeron 825 CE y 565 EDB, de ellas 7 CE (0,8%) quedaron retenidas en estenosis y precisaron extracción mediante EDB, consiguiéndolo en 6 casos (85,7%). Una CE pasó a bronquio, siendo expulsada espontáneamente. En la EDB se detectaron 4 complicaciones mayores debidas a la técnica (0,5%), 3 perforaciones (1 vía oral y 2 vía anal) y 1 dehiscencia de sutura de ID. En un caso se produjo una encarcelación del enteroscopio resuelta mediante maniobras endoscópicas de desimpactación. No se detectó ninguna hemorragia ni pancreatitis.

Resultados y conclusiones: Nuestros resultados en retención de CE son inferiores a los de otras series, probablemente por considerar contraindicación de la técnica las estenosis conocidas o la clínica obstructiva. Con respecto a la EDB no hemos tenido ningún caso de pancreatitis a diferencia de otras series, probablemente debido a nuestra sistemática inicial de no hinchar los balones ni retraer el sobretubo y enteroscopio hasta pasadas varias asas yeyunales. La ausencia de hemorragias que precisen cirugía pensamos se debe al uso en casos necesarios del enteroscopio terapéutico con canal suficiente para realizar todas las técnicas necesarias.

EFFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUMENTO DE CAPACITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADECUACIÓN Y LA DEMORA DE LAS EXPLORACIONES ENDOSCÓPICAS

P. Quintas Lorenzo^a, A. Dacal Rivas^a, M. Francisco González^a, J. Cubiella Fernández^a, M.J. García García^b, J. Fernández Seara^a

^aServicio de Aparato Digestivo y ^bUnidad de Apoyo a la Investigación, Complejo Hospitalario de Ourense

Introducción y objetivo: Dentro del programa de aumento de capacitación de Atención Primaria (AP) se ha procedido a la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) de la dispepsia y rectorragia de la A.E.G. en el área sanitaria de Ourense. Se han diseñado protocolos de actuación, tratamiento y derivación a consultas y endoscopia en ambos escenarios. El objetivo del presente estudio es evaluar los motivos de solicitud de las exploraciones endoscópicas, la adecuación de los mismos, los hallazgos endoscópicos y los tiempos de demora.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo. Se analizaron las endoscopias realizadas con las indicaciones de dispepsia y rectorragia entre febrero y agosto de 2009 solicitadas directamente desde A.P. frente a las derivadas inicialmente a la consulta externa de digestivo. Se recogieron los datos demográficos, los motivos de solicitud, la adecuación al protocolo y los hallazgos endoscópicos. Se calcularon los tiempos de demora desde la solicitud y la derivación. Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la t de Student. Se utilizó el método de Kaplan-Meier y la prueba de log-rank para comparar los tiempos de demora entre las dos cohortes.

Resultados: En el periodo analizado, se realizaron 81 endoscopias digestivas altas (EDA) (Digestivo 56, AP 25) y 116 colonoscopias (Digestivo 82, AP 34). El 53,3% eran mujeres, y la edad media fue de 57,4 ± 14,6 años. Se solicitaron de forma preferente el 32,1% de las endoscopias solicitadas desde AP y el 50,4% desde Digestivo (p: 0,02). El nivel de adecuación de las endoscopias solicitadas desde AP fue del 84% para la EDA y del 84,4% para la colonoscopia. Los hallazgos endoscópicos se pueden visualizar en la tabla. Los tiempos de demora desde la solicitud fueron inferiores para las EDA solicitadas desde Digestivo (70,34 ± 6,17 vs 98,92 ± 8,87 días; p: 0,04) y similares para las colonoscopias (105,43 ± 8,15 vs 117,23 ± 14,25 días; p: 0,2). Sin embargo, los tiempos de demora desde la derivación fueron inferiores en las solicitadas desde AP (EDA: 98,92 ± 8,87 vs 150,27 ± 12,92 días; p < 0,001. Colonoscopia: 117,23 ± 14,25 vs 169,32 ± 10,78 días; p: 0,012).

Conclusiones: Aunque el número de exploraciones ha sido bajo, el aumento de capacitación de AP en digestivo en base a la implementación de GPC reduce los tiempos de demora. Las exploraciones solicitadas se han adecuado a las indicaciones. Se ha detectado menos patología hemorroidal en las exploraciones solicitadas desde AP.

EFICIENCIA DE UN PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE PRIORIDAD DE LA COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN UNA COHORTE PROSPECTIVA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Y. Zabana, H. Masnou, A. Adet, A. Colomo, L. Fusté, J. Vila

Unitat de Digestiu, Servei de Medicina Interna, Hospital Municipal de Badalona

Introducción: La demanda de colonoscopia (FCS) es elevada, condicionando una demora en el diagnóstico. El pronóstico de determinadas enfermedades, como el CCR, depende de la precocidad del diagnóstico. La eficacia del sistema depende de una adecuada selección de prioridad.

Colonoscopia	AP			p	Endoscopia digestiva alta		
	AP	Digestivo	p		AP	Digestivo	p
Hemorroides	27,3%	53,7%	0,01	ERGE	4,8%	5,4%	1
Divertículos	21,2%	11%	0,23	Gastritis	42,9%	33,9%	0,6
Pólipos	27,3%	32,9%	0,65	Úlcera	0%	7,1%	0,57
CCR	12,1%	4,7%	0,1	Neoplasia	4,8%	1,8%	0,47
Normal	24,2%	22%	0,8	Normal	23,8%	37,5%	0,3

Objetivo: 1) Describir la población a la que se solicita una FCS, indicaciones y tiempo de demora de la exploración. 2) Evaluar el impacto de una consulta especializada pre-endoscópica de selección de prioridad y el circuito de diagnóstico rápido del CCR en el tiempo de espera y el rendimiento diagnóstico de las indicaciones de la FCS diagnóstica.

Métodos: Nuestro centro dispone de un circuito de diagnóstico rápido de CCR y consulta pre-endoscópica para peticiones externas, a las que se consideró como de prioridad baja, media y alta según los protocolos de diagnóstico rápido de CCR. La misma priorización se realizó para peticiones intrahospitalarias. Se incluyeron de forma consecutiva todas las FCS diagnósticas realizadas entre enero y octubre 2009. Se evaluaron características de los pacientes, puntuación de ASA, indicación, procedencia, tiempo de demora y diagnóstico final de FCS.

Resultados: Se incluyeron 409 pacientes (54,3% mujeres, edad media 62 años \pm 15,6, 43,5% ASA II). El 42% de los pacientes procedía del servicio de cirugía y 33% del médico de cabecera. Las indicaciones más frecuentes fueron: rectorragia 27%, anemia 19,8%, dolor abdominal 9% y diarrea 8,8%. En el 76,3% de las FCS se alcanzó al ciego. El 66,3% fueron normales, 17,6% pólipos y 6,8% neoplasias. Las indicaciones más frecuentes de FCS con diagnóstico de neoplasia fueron: rectorragia 17,9%, imagen radiológica sospechosa 18%, sd constitucional 14,3%, anemia crónica 10,7% y diarrea 10,7%. El tiempo de demora fue inferior en los pacientes con neoplasia (27 vs 73 días, $p = 0,003$).

Conclusiones: La adopción de una adecuada selección de prioridad podría contribuir a la optimización del rendimiento diagnóstico de las FCS y la disminución del listado de espera.

ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA

P. Ortega Moya, C. Garrido Durán, A. Llopart Rigo, D. Ginard Vicens, S. Khorrami Minaei, M.J. Bosque López, E. Martí Marqués, M. Vanrell Garau, J. Gayá Cantallops

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca

Introducción: La enteroscopia de doble balón (EDB) es un método endoscópico diagnóstico y terapéutico para el estudio del intestino delgado. Presentamos los resultados en la realización de EDB en el Hospital Son Dureta desde noviembre 2007 a octubre 2009.

Objetivo: Describir nuestra experiencia y evaluar indicaciones, diagnóstico, procedimientos terapéuticos y complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo expresamos las variables cuantitativas como media y desviación estándar ($m \pm DE$) y las cualitativas como porcentaje del total. Calculamos la S, E, VPP y VPN. Definimos enteroscopia diagnóstica si se realiza por sospecha de patología por clínica u otras técnicas de imagen. Consideramos éxito si localizamos una lesión que justifique la clínica o se descartan lesiones (falso positivo de la imagen), fracaso cuando no se pudo realizar una exploración completa (falso negativo de la enteroscopia) y enteroscopia terapéutica cuando el objetivo es realizar tratamiento sobre una lesión conocida. Definimos éxito terapéutico cuando no se requirió un segundo procedimiento terapéutico en el tiempo de seguimiento.

Resultados: Realizamos 44 enteroscopias a 35 pacientes (60% varones, edad media de 59 \pm 20 años). Vía oral: 32 pacientes; vía rectal: 12; ambas: 3. El 34% de los pacientes estaban anticoagulados y tenían comorbilidad importante. El tiempo medio de seguimiento fue 11 \pm 5 meses. La indicación más frecuente de EDB fue HDOO y anemia ferropénica (64%), sospecha de tumor de intestino delgado (16%), sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (11%) y malabsorción (9%). Realizamos cápsula endoscópica

(CE) previa a la EDB al 80% de los pacientes y en un 20% se contraindicó por sospecha de estenosis o inestabilidad hemodinámica. Se identificó patología en el 70% de las exploraciones. En el 30% restante no encontramos hallazgos (en un 23% descartamos patología del intestino delgado mediante la EDB y en el 7% consideramos un fracaso diagnóstico). El diagnóstico más frecuente fue angiodisplasia (68%), estenosis (13%), enfermedad de Crohn (6%) y otros diagnósticos (13%). En forma global obtuvimos una S 76% E 66% VPP 93% VPN 33%. En la indicación anemia y HDOO S 92% E 50% VPP 92% VPN 50%. En el 80% de nuestras exploraciones se halló concordancia diagnóstica entre CCE y EDB. El 52% de las EDB fueron terapéuticas obteniendo éxito en el 87%, recidiva en el 13% y éxito de retratamiento del 100%. De las EDB diagnósticas (48%) se encontraron lesiones susceptibles de tratamiento en el 14% y se realizó tratamiento en el momento del diagnóstico. Tuvimos complicaciones menores en un 5% (molestias abdominales secundarias a distensión) y ninguna complicación mayor.

Conclusiones: La EDB ofrece alta sensibilidad y VPP. El diagnóstico más común fueron las lesiones vasculares seguidas de las estenosis de intestino delgado. Obtuvimos rendimiento terapéutico en el 87% de los casos. Hallamos alta concordancia entre CE y EDB.

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA Y LAS COMPLICACIONES DEL DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO CON PRÓTESIS DE PLÁSTICO O METÁLICAS CUBIERTAS EN PACIENTES CON NEOPLASIA DE CABEZA DE PÁNCREAS RESECABLE

O. Pavel^a, C. Guarner-Argente^a, B. Gómez Pastrana^a, C. Gómez Oliva^a, C. Villanueva Sánchez^a, S. Sainz Sáenz-Torre^a, M. Rodríguez Blanco^b, J.A. González López^b, C. Guarner Aguilar^a

^aPatología Digestiva y ^bCirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Sant Pau, Barcelona

Introducción: La obstrucción de la vía biliar en pacientes con neoplasia de páncreas resecable puede empeorar el pronóstico quirúrgico. El drenaje con prótesis biliar es el tratamiento en espera de la cirugía. Las prótesis de plástico (PP) se consideran de elección dado que las metálicas (PM) se han relacionado con mayor dificultad del manejo quirúrgico por alteraciones inflamatorias periprotésicas. Las PM cubiertas podrían disminuir esta reacción inflamatoria y evitar las complicaciones precoces de las PP.

Objetivo: Comparar la eficacia y complicaciones de las prótesis metálicas y de plástico en pacientes con colestasis por neoplasia pancreática en espera de cirugía.

Pacientes y métodos: Pacientes intervenidos de neoplasia de páncreas con una prótesis biliar colocada entre enero del 2005 y octubre del 2009. Se evalúa la evolución y las complicaciones de las prótesis y la cirugía.

Resultados: Se practicaron 20 CPRE a 18 pacientes, colocando 13 PP y 7 PM. Tres pacientes con PP (23%) presentaron obstrucción precoz de la prótesis (dos se cambiaron por metálicas y uno se operó) y un paciente con PM presentó una pancreatitis leve a los 15 días (14% p NS). La cirugía se realizó a los 21,1 \pm 12,4 días y 21,3 \pm 12,4 días, respectivamente. El descenso de bilirrubina fue de 216 \pm 193 mmol/l en las PP y 282 \pm 106 mmol/l en las PM (p NS), con unos niveles medios previos a la cirugía de 59 \pm 68 y 49 \pm 39 mmol/l (p NS). La estancia hospitalaria post-intervención fue de 27,9 \pm 15,9 y 19,3 \pm 8,4 días respectivamente (p NS) y se observaron complicaciones en 7 pacientes con PP (64%) y 2 con PM (29% p NS).

Conclusiones: 1. Las PM producen un descenso de bilirrubina similar a las PP a los 20 días de la colocación de la prótesis. 2. Se observa un cierto aumento de las complicaciones precoces de la

prótesis y en el postoperatorio en los pacientes con PP pero son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes.

FACTORES PREDICTIVOS DE DISCORDANCIA ENTRE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) Y LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOLITIASIS. ¿ES SIEMPRE NECESARIO REALIZAR UNA CPRE?

J. Lariño Noia^a, R. Ferreiro Iglesias^a, J. Iglesias García^a, P. García González^b, P. Herrera Martín^c, A. Pérez González^d, J.E. Domínguez Muñoz^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Fundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo (FIENAD), Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Central de Asturias, Oviedo. ^cServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ^dServicio de Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería

Introducción y objetivo: La ultrasonografía endoscópica (USE) es un método muy eficaz en el diagnóstico de coledocolitiasis. Sin embargo, no es infrecuente encontrar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) normal objetivar coledocolitiasis en la USE. Teniendo en cuenta que este grupo de pacientes no se beneficiarían de una CPRE, nosotros realizamos este estudio con el objetivo de definir potenciales factores predictivos de discordancia entre la USE y la CPRE en este contexto.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos recogida de forma prospectiva. Se incluyeron pacientes diagnosticados de coledocolitiasis por USE que posteriormente fueron sometidos a una CPRE para la extracción de los cálculos, en un período de dos años. La USE fue realizada bajo sedación consciente por dos ecoendoscopistas expertos mediante los equipos radial y lineal de Pentax, con el Hitachi EUB 900. La CPRE fue realizada bajo sedación consciente por un endoscopista experto utilizando un duodenoscopio Pentax. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística donde se incluyeron como posibles variables independientes predictoras de discordancia entre USE y CPRE la edad, el sexo, la indicación de la USE, la presencia de colestasis, la existencia de colecistectomía previa, la dilatación de la vía biliar objetivada en la USE, el tamaño de la litiasis y el tiempo transcurrido entre ambas pruebas endoscópicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 106 pacientes (57 mujeres, media de edad de 71 años, rango 21-83) con coledocoli-

tiasis en la USE. El tiempo medio entre USE y CPRE fue de tres días (rango 1-81 días). No se encontró coledocolitiasis en 36 casos (34%). En el análisis multivariante la única variable asociada con CPRE normal tras evidenciarse coledocolitiasis en la USE fue el tamaño < 5 mm de los cálculos (RR 0,290; IC95% 0,124-0,672).

Conclusiones: Los cálculos en el colédoco menores de 5 mm detectados mediante USE tienden a ser expulsados de forma espontánea. En estos casos no es siempre necesaria la realización de una CPRE.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA SEDACIÓN ENDOSCÓPICA AL SER ADMINISTRADA POR UN ENDOSCOPISTA O POR UN ANESTESIOLOGO

J. Di Giorgio, C. Dolz, A. Vilella, A. Brotons, C. Garau, N. Rull

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

Introducción: La sedación con propofol en endoscopia digestiva, mejora la tolerancia y la adherencia de los pacientes y puede administrarse segura y efectiva por médicos no anestesiólogos que acrediten conocimientos en el manejo de las complicaciones que puedan aparecer, tras una adecuada selección de los pacientes.

Objetivo: Nuestro estudio tiene como finalidad determinar el impacto económico que tendría para los Servicios Públicos de Salud la administración de la sedación en endoscopia en dos modelos diferentes, uno por un endoscopista capacitado y otro por un anestesiólogo.

Material y métodos: El Servicio Balear de Salud, ha establecido las siguientes retribuciones salariales en endoscopia digestiva. El modelo A corresponde a los hospitales en que la sedación la administra el propio endoscopista. El modelo B corresponde a los hospitales en que la sedación la administra el anestesiólogo. Hemos calculado en base a una agenda de 5 horas de duración que incluye las siguientes prestaciones: 5 colonoscopias, 2 gastroscopias y 1 rectosigmoidoscopia.

Resultados: En una agenda utilizando el modelo A (sedación por endoscopista), el coste económico en retribuciones salariales asciende a 662,10€. Por el contrario, en una agenda con el modelo B (sedación por anestesiólogo) el coste económico en retribuciones salariales asciende a 1.030,1€.

Conclusiones: Realizar una agenda de endoscopia digestiva con sedación administrada por un anestesiólogo en vez de por un endoscopista, encarece el coste económico en retribuciones salariales en un 55,5%

MODELO A	Endoscopista	Enfermera	Auxiliar	Total	Módulo		
Colonoscopia	60	20	15,4	95,4	477		
Gastroscopia	45	14	7,7	66,7	133,4		
Rectosig.	30	14	7,7	51,7	51,7		
					662,10€		
MODELO B	Endoscopista	Enfermera	Auxiliar	Anestesiista	Enfer. an	Total	Módulo
Colonoscopia	45	20	15,4	45	20	145,4	727
Gastroscopia	45	14	7,7	45	14	125,7	251,4
Rectosig.	30	14	7,7	0	0	51,7	51,7
							1.030,10€
Diferencia B -A		368,00 €					

INFLUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE SIMETICONA Y METOCLOPRAMIDA EN LA PREPARACIÓN DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

J.M. Dedéu, I.A. Ibáñez, X. Bessa, C. Álvarez, L. Barranco, A. Seoane, C. Alonso, J. Muñoz, L. Márquez, A. Cañas, M. Andreu, F. Bory, B. González-Surez´

Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital del Mar, IMAS Barcelona

Introducción: La presencia de gas intraluminal y la imposibilidad de visualizar todo el intestino delgado son problemas que limitan los resultados de la cápsula endoscópica. Se ha descrito que la administración de procinéticos y/o agentes antiflatulentos podrían mejorarlos.

Objetivo: 1.-Analizar el impacto de la administración de metoclopramida en el tiempo de tránsito intestinal. 2.-Evaluar la mejora en la calidad de las imágenes con la utilización de simeticona.

Pacientes y métodos: Entre marzo de 2007 y enero de 2008 se incluyeron 142 pacientes, que fueron aleatorizados prospectivamente en 4 grupos, para la administración de metoclopramida (10 mg), simeticona (80 mg) o ambos, antes de la ingestión de la cápsula: Grupo I (control, 38 pacientes), Grupo II (metoclopramida y simeticona, 35 pacientes), Grupo III (metoclopramida, 37 pacientes) y Grupo IV (simeticona, 32 pacientes). La presencia de gas intraluminal se clasificó en 4 grados (0 a 3) de acuerdo a una escala descrita recientemente. Se analizaron por separado los segmentos proximales y distales del intestino delgado.

Resultados: 142 pacientes (71 hombres y 71 mujeres, con media de edad de $56,7 \pm 19,2$ años). El tiempo de tránsito gástrico fue de $40,8 \pm 53,7$ minutos en el grupo control y de $22,5 \pm 20,3$ minutos en los pacientes que recibieron metoclopramida ($p = 0,08$). No hubo diferencias significativas en el tiempo de tránsito intestinal. En segmentos proximales de intestino delgado en el 97,22 de los pacientes del grupo II no hubo gas, o solo aisladas burbujas comparado con el 57,9% de pacientes del grupo control. A nivel distal, el 42,1% de los pacientes del grupo control presentaba burbujas que impedían total o parcialmente la visualización de la mucosa, respecto del 2,9% de pacientes del grupo II ($p = 0,002$). No se presentaron efectos adversos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la administración de simeticona y procinéticos antes de la cápsula reducen las burbujas en la luz intestinal mejorando la visualización del intestino delgado.

LA PRESENCIA DE FUGA BILIAR INFLUYE EN EL FALLO DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN LA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

D. Balderramo, J.M. Bordas, O. Sendino, A. Mata, J. Llach, A. Cárdenas

Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: El abordaje terapéutico inicial de la estenosis de la anastomosis (EA) biliar en pacientes con trasplante hepático (TH) es endoscópico a través de colangiografía retrógrada endoscópica (CRE). En algunos pacientes, la EA es difícil de superar a pesar del uso de diferentes catéteres o guías en varios procedimientos. Los factores de riesgo que pueden condicionar este fallo inicial de la CRE en la EA de pacientes con TH no han sido definidos. El objetivo de este estudio de casos y controles fue analizar los factores que influyen en el fallo inicial de CRE al no poder superar la EA en pacientes con TH.

Métodos: En el periodo de 04/2004 al 10/2009 se identificaron los casos de pacientes con TH en los que no se pudo superar la EA a

pesar de dos o más CRE. Se analizó un grupo control de 26 pacientes con TH y EA (21 donante cadavérico y 5 donante vivo) en los que se pudo realizar el tratamiento inicial con CRE (dilatación y colocación de prótesis) en ese mismo periodo. Un total de 21 variables como tipo de trasplante, uso de tubo T, antecedente de complicaciones vasculares, presencia de fuga biliar y otras complicaciones biliares, etiología de la enfermedad hepática, tiempo entre el TH y la CRE y función hepática previa a la CRE fueron comparadas por análisis univariado y multivariado entre ambos grupos.

Resultados: Se identificaron 14 casos (11 donante cadavérico y 3 donante vivo) de fallo inicial de CRE en EA en ese periodo. La mediana del tiempo entre el TH y la CRE inicial fue similar en ambos grupos [casos: 5,8 (Rango Inter cuartil, RIC: 37,9) meses vs controles: 9,5 (RIC: 17,4) meses, $p = 0,95$]. El análisis univariado identificó 3 factores asociados a fallo inicial de la CRE: asociación de fuga biliar (casos: 42,8% vs controles 15,4%), antecedente de complicaciones de la arteria hepática (casos: 21,4% vs controles 7,7%) y bilirrubina previa a la CRE (casos: 4,3 (RIC: 7,45) mg/dl vs controles 1,85 (RIC: 5,27) mg/dl). Posterior al análisis de regresión logística sólo la asociación de fuga biliar (Odds ratio 6,1, Intervalo de confianza del 95%: 1,21-29,7, $p = 0,028$) fue un factor independiente asociado al fallo inicial de la CRE en la EA de pacientes con TH.

Conclusiones: La presencia de fuga biliar influye de forma negativa en el éxito inicial de la CRE en la EA de pacientes con TH. Otras técnicas como la colangioscopia podrían mejorar el tratamiento endoscópico en estos pacientes. Estudios prospectivos son necesarios para confirmar estos resultados e identificar otros factores asociados.

LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ESFINTEROTOMÍA BILIAR ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

D. Balderramo, J.M. Bordas, O. Sendino, A. Mata, Llach J, A. Cárdenas

Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona

Introducción: Las complicaciones de la vía biliar en el trasplante hepático (TH) pueden ser tratadas de forma efectiva con colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) utilizando esfinterotomía biliar endoscópica (EBE) y otros procedimientos. Los factores asociados a complicaciones posteriores a EBE en este grupo de pacientes no han sido evaluados.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para complicaciones asociadas a la EBE en pacientes con TH.

Métodos: Se analizaron las CRE con EBE realizadas en pacientes con TH en nuestra institución desde 01/2003 - 10/2009. Todos los procedimientos fueron realizados en pacientes con anastomosis biliar colédoco-coledocal que presentaron complicaciones biliares. Se valoró la frecuencia y factores asociados a complicaciones posteriores a EBE. Se analizaron 24 factores relacionadas con los pacientes como la etiología de la enfermedad hepática, indicación de la CRE, tipo de trasplante, función hepática y renal previa a la CRE e inmunosupresión al momento de la CRE. Además se valoraron 11 factores relacionadas con el procedimiento como dificultad en la canulación, uso de precorte y la realización de otros procedimientos endoscópicos (dilatación, colocación de prótesis biliar y extracción de litiasis). Los factores de riesgo para complicaciones posteriores a EBE fueron determinados por análisis univariado y regresión logística múltiple.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizó EBE en 119 pacientes con TH. En 17 pacientes (14,3%) existieron complicaciones posteriores a la EBE: pancreatitis 8 casos (6,7%) (5 leves, 3 moderadas), hemorragia 5 casos (4,2%) (3 leves, 2 moderadas) y colangi-

tis 4 casos (3,4%). No existieron perforaciones ni defunciones asociadas al procedimiento. El análisis univariado identificó 6 variables asociadas con complicaciones posterior a EBE: tiempo entre el TH y la CRE > 18 meses, creatinina > 2 mg/dl, tratamiento con sirolimus/everolimus, tratamiento con corticoides, canulación pancreática repetida e infección por VHC. Posterior a análisis de regresión logística múltiple, el tratamiento con sirolimus/everolimus [Odds ratio (OR) 17,35, intervalo de confianza del 95% (IC95%) 2,48-121,19, $p = 0,04$] y la creatinina > 2 mg/dl (OR 5,67, IC95% 1,12-28,6, $p = 0,036$) fueron factores de riesgo para complicaciones posteriores a EBE mientras que el tratamiento con corticoides (OR 0,14, IC95% 0,039-0,49, $p = 0,002$) fue un factor protector independiente para complicaciones asociadas a EBE. Ningún factor asociado al procedimiento endoscópico fue predictor independiente de complicaciones asociadas a EBE.

Conclusiones: Las complicaciones asociadas a la EBE en pacientes con TH son más frecuentes en pacientes en tratamiento con sirolimus/everolimus y/o insuficiencia renal. El tratamiento con corticoides es un factor protector para complicaciones posterior a EBE. Los factores asociados al procedimiento endoscópico no están asociados de forma independiente a complicaciones posterior a EBE en este grupo de pacientes.

OPTIMIZACIÓN DE LA LIMPIEZA INTESTINAL TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. Huerta Madrigal^a, C. González Asanza^a, O. Nogales^a, B. Merino^a, R. Plá Mestre^c, E. Cos Arregui^a y P. Menchén Fernández-Pacheco^a

^aServicio de Aparato Digestivo, ^bFundación Investigación Biomédica y ^cServicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivo: La tasa de limpieza colónica óptima es un indicador de calidad en las colonoscopias, recomendándose una tasa del 80%. La proporción de limpieza óptima en nuestro medio es del 45,5% con el protocolo de preparación intestinal basado en dosis única de 4L de polietilenglicol (comenzando a las 16:00 horas del día previo a la exploración o desde las 8:00 horas del mismo día de la exploración, si la colonoscopia está citada por la mañana o por la tarde). El objetivo del estudio fue realización de una intervención con la intención de mejorar la limpieza intestinal en nuestro medio.

Material y métodos: La intervención constaba en una llamada telefónica a todos los pacientes 48-72 horas antes del procedimiento modificando la pauta de administración de la preparación con PEG: 3 litros a las 20:00 horas del día previo y 1 L a las 7:00 horas del mismo día de la exploración (CB). Se realizó un estudio observacional con la intención de comparar si se modificaban los porcentajes de adecuada limpieza intestinal entre esta cohorte y una muestra equiparable de la cohorte de Julio (CA). Se definió como limpieza colónica óptima si el endoscopista que realizaba la prueba la definía como muy buena o buena (de una escala subjetiva de cinco clases que también incluía regular, mala y muy mala).

Resultados: De forma prospectiva y consecutiva se incluyeron las colonoscopias realizadas en septiembre (CB) ($n = 102$) y se comparó con otra cohorte de julio (CA) ($n = 120$). Las características de ambas cohortes fueron similares encontrándose diferencias significativas a favor de la CB en el porcentaje de mujeres (0,06), la preparación global óptima (0,01), el cumplimiento de la dieta (0,06), la ingesta > 14 sobres (0,017), el menor intervalo entre la ingesta del último sobre y la realización de la colonoscopia (0,01). El porcentaje de adecuada limpieza en la CA fue del 45,5% frente al 65,4% de la CB (0,001). Se obtuvieron como factores predictivos independientes de adecuada limpieza la ausencia de cirugía resectiva previa (0,03), el

pertenecer a la CB (0,01), el acortamiento del intervalo entre la ingesta del último sobre y la colonoscopia (0,01).

Conclusiones: La realización de una intervención telefónica con modificación de la pauta de preparación para lograr un acortamiento del intervalo entre la preparación con PEG y la realización del procedimiento endoscópico ha mejorado de manera significativa el porcentaje de adecuada limpieza intestinal en nuestro centro.

PERFIL DE PRESENTACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR COLÓNICA

J.M. Rosales Zabal^a, A. Pérez Aisa^a, R. Rivera Irigoín^a, I.M. Méndez Sánchez^a, C. Albadea Moreno^a, J. Gonzalo Marín^a, V.M. Aguilar Urbano^a, J.M. Navarro Jarabo^a, F. Rivas Ruiz^b, A.M. Sánchez Cantos

^aUnidad de Aparato Digestivo y ^bUnidad de Apoyo a la Investigación, E.P. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

Introducción: Recientes estudios han demostrado un descenso de los ingresos por hemorragias digestivas altas de origen no varicoso y un incremento de las hemorragias originadas en el tracto gastrointestinal bajo, si bien el impacto de las complicaciones gastrointestinales causado por lesiones localizadas más allá del duodeno no es bien conocido (Lanas et al. Am J Gastroenterol 2009;104).

Objetivo: Conocer las características, evolución y severidad de los pacientes que ingresan en nuestro servicio por hemorragia digestiva baja (HDB) atribuible a enfermedad diverticular colónica, determinando los factores asociados a una estancia media más prolongada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes que ingresaron en nuestro servicio por HDB entre el 01/01/2003 y 31/12/2007. Se recogió edad, sexo, comorbilidad, antecedentes previos de sangrado, tratamiento actual, forma de presentación del sangrado y clínica asociada, realización de procedimientos endoscópicos y otras pruebas diagnósticas, terapéutica utilizada y evolución. Se creó una variable segmentando a los pacientes según la estancia hospitalaria (< 10 vs ≥ 10 días), para realizar un análisis bivariado respecto al resto de variables. Estudio estadístico con SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: 180 pacientes con HDB, 77 por divertículos en colon (50,6% varones; 49,4% hembras). Edad media 75,55 ($\pm 10,02$). Presentaba comorbilidad el 62,34% (insuficiencia renal 2,6%; cardiopatía/enfermedad vascular 45,5% y fibrilación auricular anticoagulada 14,3%). Presencia de rectorragia previa 19,5% (10,4% en el año previo). Consumo de fármacos: 53,2% AINES, 6,5% un 3,9% asociado con IBP. Antiagregantes 31,2% un 3,9% asociando IBP. Anticoagulantes orales 10%. Al ingreso todos presentaban rectorragia, un 15,6% asociaban dolor abdominal y un 5,2% síncope. Hemoglobina media más baja 10,15 g/dL ($\pm 2,41$). Precisarón transfusiones el 36,36% con un media de 3,18 ($\pm 1,36$) concentrados. Se realizó colonoscopia en el 100% y gastroscopias en 31,2%. Un 1,3% precisó arteriografía y un 5,2% otros estudios. Estancia media: 6,12 días ($\pm 4,09$). Necesidad de tratamiento endoscópico o quirúrgico: 5,2%. El 98,7% fue alta sin secuelas con un fallecimiento (1,3%). El análisis bivariado mostró diferencias estadísticamente significativas relacionadas con mayor estancia media para la edad, el consumo de fármacos y en concreto el consumo de AINES asociados a IBPs.

Conclusiones: La HDB por enfermedad diverticular afecta a personas añosas sin diferencias en cuanto al sexo. El 62% son pacientes pluripatológicos, destacando las enfermedades cardiovasculares. Más de un tercio precisa hemotransfusiones. La edad y el consumo de fármacos, en particular los AINES con IBPs se asocian a una mayor estancia media. En la mayoría de los casos la hemorragia fue autolimitada, con escasa mortalidad y con estancias hospitalarias bajas.

PREDICCIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS INDICACIONES PARA CITA RÁPIDA DE COLONOSCOPIA POR SOSPECHA DE CÁNCER COLORRECTAL

I. Alonso-Abreu, O. Alarcón, M. Carrillo-Palau, Y. González-Méndez, A. Jiménez, E. Quintero

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife

Introducción: La derivación rápida para colonoscopia por sospecha de cáncer colorrectal (CCR) se basa en criterios clínicos y analíticos con un nivel bajo de evidencia científica (grado C de recomendación), lo que puede resultar en una sobreindicación de la colonoscopia.

Objetivo: Determinar el valor predictivo diagnóstico de los signos y síntomas clínicos para cita rápida de colonoscopia por sospecha de CCR, en una unidad de acceso abierto de endoscopia.

Métodos: 401 pacientes consecutivos remitidos desde centros de salud del Área Norte de Tenerife para colonoscopia rápida fueron incluidos prospectivamente entre junio de 2008 y septiembre de 2009. La colonoscopia se indicó si el paciente presentaba rectorragia o cambio en el hábito intestinal (CHI) durante más de 6 semanas, anemia microcítica, tumor palpable en el tacto rectal o masa abdominal palpable (NICE Guidelines, NHS). Se hizo un análisis de regresión logística considerando variables confundentes.

Resultados: Se realizó la colonoscopia a 340/ 401 (85%) pacientes con una media de edad de 64 años (rango 21-90 años), 166 (49%) eran varones. La mediana del tiempo de espera para la colonoscopia fue de 23 días (rango 6-47 días). Se alcanzó el ciego en 297/ 340 (87%) de los pacientes. Se diagnosticaron 40 (11,6%) cánceres, localizados 24 en colon y 16 en recto. El sexo masculino (OR 2,12, IC95%1,06-4,22, $p < 0,05$) y la rectorragia (OR 3,31, IC95%1,59-6,87, $p = 0,001$) fueron factores predictivos independientes de CCR. La rectorragia tuvo un valor predictivo independiente para cáncer de recto en varones (OR 5,28, IC95%1,13-24,65, $p < 0,02$), mientras que la anemia ferropénica fue un buen predictor de cáncer de colon derecho (OR 3,57; IC95%1,87-8,14, $p < 0,0001$). Ninguno de los 68/ 340 (20%) pacientes que refería únicamente CHI presentó CCR.

Conclusiones: Este estudio confirma que la rectorragia y la anemia microcítica son buenos predictores de CCR, especialmente en varones. Sin embargo, el CHI si no se acompaña de otros síntomas de alarma, no tiene valor predictivo diagnóstico de CCR. Esta indicación, representa un porcentaje significativo de colonoscopias innecesarias por sospecha de CCR y debería ser excluida de los criterios actuales de remisión para colonoscopia rápida.

PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal: RELACIÓN CON PARÁMETROS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

M. Iglesias^a, M. Barreiro^{a,b}, I. Vázquez^c, L. Nieto^a, I. Martínez^d, M. Seoane^b, A. Figueiras^d, A. Lorenzo^b, J.E. Domínguez-Munoz^{a,b}

^aFundación para la Investigación en Enfermedades de Aparato Digestivo (FIENAD). ^bServicio de Aparato Digestivo. ^cServicio de Psicología Clínica. ^dServicio de Epidemiología. Hospital Clínico Universitario, Universidad de Santiago de Compostela, A Coruña

Introducción: La alexitimia es un rasgo de personalidad caracterizado, entre otras manifestaciones, por un déficit en el procesa-

miento cognitivo de las emociones que puede predisponer a los individuos a identificar su malestar psicológico como quejas somáticas. La prevalencia de la alexitimia es alta en algunas enfermedades crónicas y podría jugar un papel en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Objetivo: Evaluar la prevalencia de alexitimia en pacientes con EII y evaluar la relación con el tipo de EII: enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y parámetros sociodemográficos y clínicos.

Métodos: Estudio prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes. Se incluyeron pacientes con EC y CU mayores de 18 años. Se recogieron parámetros sociodemográficos (edad, sexo, ambiente, tabaco, estado civil y nivel económico), actividad clínica (Harvey-Bradshaw para EC y Mayo para CU), años desde diagnóstico, localización y comportamiento de acuerdo a la Clasificación de Montreal, manifestaciones extraintestinales, cirugía previa y comorbilidad psiquiátrica. Se evaluó la alexitimia se mediante la escala The Toronto Alexithymia Scale 26 (TAS-26). Los sujetos alexitímicos se definieron como aquellos que tenían una puntuación ≥ 74 . Se analizó la asociación entre la alexitimia y los parámetros sociodemográficos y clínicos mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron de forma consecutiva 108 pacientes (49 hombres, media edad 39,8 años, rango 18-74. Tres (2,7%) pacientes no cubrieron correctamente el cuestionario y fueron excluidos. La media en el TAS-26 fue $63,0 \pm 13,6$. 28 pacientes (25%) fueron definidos como alexitímicos. La alexitimia fue más frecuente en la EC (35,8%) que en CU (17,3%) ($p < 0,05$). La EC (OR: 2,83; IC95%1,01-7,89), vivir en un ambiente rural (OR: 4,08; IC95%1,42-11,730) y la comorbilidad psiquiátrica (OR: 4,30; IC95%1,34-13,75) se asociaron de forma independiente con la presencia de alexitimia.

Conclusiones: La prevalencia de alexitimia en EII es alta, teniendo los pacientes con EC un mayor riesgo de presentar alexitimia que los pacientes con CU. Además, la alexitimia es más frecuente en aquellos que viven en un ambiente rural y con comorbilidad psiquiátrica. El efecto de la terapia psicológica en pacientes con EII y alexitimia en la enfermedad debe ser investigado en futuros estudios.

RENTABILIDAD DE LA COLONOSCOPIA SEGÚN LOS NUEVOS CRITERIOS DEL EPAGE (II)

I. Marín, J. Boix, S. Carrión, V. Moreno de Vega, I. Serra, C. Leal, R. Morillas, V. Lorenzo-Zúñiga

Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Introducción: En los últimos años se ha incrementado la solicitud de procedimientos endoscópicos, por lo que es importante conocer la rentabilidad de los mismos. En 1999 se publicaron los primeros criterios para el uso apropiado de la endoscopia, elaborados por un panel europeo de expertos (EPAGE), y que han sido actualizados este año.

Objetivo: (1) conocer la rentabilidad de la colonoscopias (FCS) solicitadas en nuestro medio, y (2) evaluar lo apropiado de su indicación según los nuevos criterios EPAGE II.

Pacientes y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 700 FCS (52% mujeres, edad media 58 años) realizadas en la Unidad de

%	Apropiado	No apropiado	Incierto	p*
Diagnóstico endoscópico (n = 315)	71,4	14,9	13,9	0,072
Diagnóstico significativo (n = 167)	67,3	19,8	13	ns
Diagnóstico de CCR (n = 24)	87,5	4,2	8,3	0,045

*p: apropiado vs no apropiado.

Endoscopia Digestiva (UED) de nuestro hospital. Se excluyeron del análisis 45 FCS (6,4%) por preparación insuficiente o indicación electiva. En los pacientes evaluables se registraron las siguientes variables: procedencia de la petición, indicación de la prueba, resultado FCS previa, antecedentes familiares de cáncer colorrectal (CCR), y diagnóstico endoscópico. Mediante el empleo del EPAGE II se consideró que la FCS estaba "apropiada", "no apropiada" o "incierta".

Resultados: El 94% (n = 655) de las FCS fueron evaluables, siendo el cribado de CCR la indicación más frecuente (19%). Un 24% de los pacientes tenían una FCS previa (media 33 meses). El 70% de las FCS fueron "apropiadas", y un 18% "no apropiadas", con diferencias significativas según el origen. El control postpolipectomía fue la indicación más inapropiada por acortamiento en los plazos de

realización. En 315 FCS (48%) se evidenció un diagnóstico endoscópico, encontrando lesiones significativas -CCR, adenomas, enfermedad inflamatoria (EII)- en el 25% de las exploraciones. La presencia de un diagnóstico endoscópico se asoció de forma significativa con las siguientes indicaciones: control de EII ($p < 0,0001$), anemia ferropénica ($p = 0,020$), cribado de CCR ($p = 0,029$), diarrea crónica ($p = 0,034$); sin embargo, la única indicación que se asoció al diagnóstico de CCR fue la anemia ferropénica ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Un 30% de las FCS solicitadas son inapropiadas o no aportan información suficiente en la petición. La anemia ferropénica es la indicación con mayor rentabilidad para el diagnóstico de CCR. Los criterios de EPAGE II presentan una correlación significativa con el diagnóstico endoscópico.