



XIX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 1-4 de marzo de 2016



PÓSTERS CON MENSAJES RELEVANTES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Endoscopia

10. CURVA DE APRENDIZAJE DE LA CROMOENDOSCOPIA PARA EL CRIBADO DE NEOPLASIA ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL (ESTUDIO CROMO)

S. Carballal^a, S. Maisterra^b, A. López^c, A. Gimeno-García^d, M.I. Vera^e, J.C. Marín^f, L. Márquez^g, L. Hernández Villalba^h, M.L. Castroⁱ, J. Gordillo^j, I. Puig^k, P. Vega^l, M. Bustamante^m, J. Acevedoⁿ, B. Peñas^o, M. López Cerón^a, E. Ricart^a, M. Jimeno^o y M. Pellisé^a

^aHospital Clínic de Barcelona, ICMDiM, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. ^bHospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Servicio de Gastroenterología. ^gHospital del Mar, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱComplejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital de Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^kFundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Servicio de Digestivo. ^lComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitario La Fe, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿHospital Universitario de Calella, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La cromoendoscopia (CE) es la técnica de elección en el cribado de neoplasia asociada a enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución (EII). Sin embargo, la falta de experiencia tanto en su aplicación como en la interpretación de las lesiones limita su implantación en la práctica clínica habitual. El papel que juega la curva de aprendizaje de la CE en cribado de neoplasia asociada a EII (N-EII) ha sido poco evaluado.

Objetivo: Evaluar la influencia de la experiencia del endoscopista y de la curva de aprendizaje de la CE para la detección y caracterización de N-EII.

Métodos: Estudio multicéntrico español con inclusión prospectiva de pacientes con EII e indicación para cribado. Se realizó CE con índigo-carmin al 0,5% y biopsias de las lesiones sospechosas. Los endoscopistas realizaban un diagnóstico de presunción de cada lesión detectada ("diagnóstico óptico") cuya precisión se evaluó comparándolo con el informe histológico. Se definió la tasa de detección de neoplasia (TDN) como el número de pacientes con al menos 1 N-EII entre todos los cribados y rendimiento de detección de N-EII (RDN) como el número de lesiones con histología de N-EII entre todas las biopsiadas. Los endoscopistas participantes recibieron un set de imágenes explicativas para su auto-aprendizaje antes del inicio del estudio y cumplieron un cuestionario para conocer su grado de experiencia, que incluía la tasa de detección de adenomas (TDA) en población de riesgo medio y su experiencia en CE. Aquéllos que habían realizado > 20 CE previas (n = 6) se clasificaron como expertos y al resto (n = 9) como inexpertos, evaluándose la curva de aprendizaje entre los inexpertos que realizaron al menos 18 procedimientos durante el estudio (n = 5). Se analizó la TDN, TLD y precisión del diagnóstico óptico en función de la experiencia previa y de la curva de aprendizaje.

Resultados: Durante 2 años, 350 pacientes (53% hombres, edad de debut: 33,8 años) fueron incluidos por 15 endoscopistas que realizaban una mediana de 800 (RIC: 600-900) procedimientos/año, con una TDA media de 41% (RIC: 36-47). La TDN y el RDN fue similar entre los expertos e inexpertos (12,7% vs 16,2%, p = 0,4 y 13,1% vs 17,1%; p = 0,3; respectivamente) con similares tiempos de retirada (37,4 vs 36,1 minutos, respectivamente; p = 0,8). Los expertos clasificaron adecuadamente 202/224 lesiones los inexpertos 319/373. Así, la precisión del diagnóstico óptico fue: 90,2% vs 85,5% respectivamente (p = 0,09). Durante la curva de aprendizaje: 3(60%) endoscopistas mejoraron su TDN y en 2 (40%) no varió. En global, la TDN mejoró en la 2ª mitad de procedimientos realizados comparado con la 1ª mitad, sin diferencias significativas (6,8% vs 15,6%, p = 0,1).

Conclusiones: La cromoendoscopia es una técnica eficaz para la detección de N-EII aún en manos inexpertas y presenta una curva de aprendizaje corta. Por tanto, el factor de la experiencia no debería limitar su implantación en práctica clínica habitual.

16. MEJORÍA DE LA TOLERANCIA Y ACEPTABILIDAD DE UNA PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA EN PACIENTES DIABÉTICOS. ESTUDIO IDIMEPREP

A. Fernández-Clotet^a, G. Casals^a, M.A. Pantaleón^a, A. Seoane^a, I. Ibáñez^a, J. Amorós^b, A. García-Rodríguez^a, D. Zaffalon^a, F. Riu^a, J.M. Dedeu^a, L. Barranco^a y M.A. Álvarez-González^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Barcelona, Hospital del Mar.

^bSecretaria de Universitats i Recerca, Generalitat de Catalunya.

Introducción: Estudios previos demuestran que la diabetes es un factor de riesgo de mala preparación para la colonoscopia. Las guías clínicas actuales no recomiendan una preparación específica para pacientes con diabetes mellitus.

Objetivo: Investigar si una preparación de bajo volumen de laxante puede ser mejor aceptada y tolerada en pacientes diabéticos sin comprometer la eficacia.

Métodos: Se incluyeron 139 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con colonoscopia ambulatoria programada. Tras el consentimiento, se aleatorizaron a polietilenglicol 4 litros, grupo PEG 4L o polietilenglicol + ascorbato 2 litros, grupo PEG+A 2L; ambos de forma fraccionada. Todos realizaron dieta sin residuos estandarizada 3 días previos a la colonoscopia y recibieron una visita de enfermería con instrucciones de la preparación y un cuestionario que rellenaron en domicilio. Se valoró la tolerancia y efectos secundarios mediante escalas analógico-visuales (0 excelente-10 insoportable). Se consideró preparación inadecuada según la escala de Boston (cualquier segmento < 2 puntos).

Resultados: 71 pacientes correspondieron al grupo PEG+A 2L y 68 al grupo PEG 4L. 9 pacientes (6%) fueron excluidos por incomparecencia. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en las características iniciales. Se demostró una moderada correlación positiva entre la tolerancia y la percepción excesiva de volumen de laxante (coeficiente de correlación de Pearson 0,58) y entre la tolerancia y el mal gusto del laxante (coeficiente 0,56). La tolerancia, el volumen excesivo y el gusto fueron peores con PEG 4L, sin diferencias significativas en dolor abdominal, distensión o náuseas (tabla). En el análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple, una peor tolerancia se asoció independientemente con el sexo femenino (Beta 1,7, IC95% 0,6; 2,7) y con el grupo PEG 4L (Beta 1,7, IC95% 0,7; 2,7). La aceptabilidad fue mejor con PEG+A 2L. No hubo diferencias en el porcentaje de preparación ineficaz (tabla).

Conclusiones: La preparación para colonoscopia en pacientes diabéticos con un laxante de bajo volumen de polietilenglicol y ascorbato consigue mejor tolerancia y aceptabilidad sin comprometer la eficacia. ClinicalTrials.gov: NCT02297399.

Enfermedad inflamatoria intestinal

54. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA EVOLUCIÓN TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M.J Casanova^a, M. Chaparro^a, V. García-Sánchez^b, O. Nantes^c, E. Leo^d, M. Rojas-Feria^e, A. Jauregui-Amezaga^f, A. Pardillos-Tomé^g, J.M. Huguet^h, F. Argüelles-Ariasⁱ, M. Aicart^j, I. Marin-Jiménez^k, M. Gómez-García^l, F. Muñoz^m, M. Esteveⁿ, L. Bujanda^ñ, X. Cortés^o, J. Tosca^p, J.R. Pineda^q, M. Mañosa^r, J. Llaó^s, J. Guardiola^t, I. Pérez-Martínez^u, C. Muñoz^v, Y. González-Lama^w, J. Hinojosa^x, J.M. Vázquez^y, M.P. Martínez-Montiel^z, G.E. Rodríguez¹, R. Pajares², M.F. García-Sepulcre³, A. Hernández-Martínez⁴, J.L. Pérez-Calle⁵, B. Beltrán⁶, D. Busquets⁷, L. Ramos⁸, F. Bermejo⁹, J. Barrio¹⁰, M. Barreiro-De Acosta¹¹, O. Roncedo¹², X. Calvet¹³, D. Hervías¹⁴, F. Gomollón¹⁵, M. Domínguez-Antonyaya¹⁶, G. Alcaín¹⁷, B. Sicilia¹⁸, C. Dueñas¹⁹, A. Gutiérrez²⁰, R. Lorente-Poyatos²¹, M. Domínguez-Cajal²², S. Khorrami²³, C. Muñoz²⁴, C. Taxonera²⁵, A. Rodríguez-Pérez²⁶, A. Ponferrada²⁷, M. Van Domselaar²⁸, M.L. Arias Rivera²⁹, O. Merino³⁰, E. Castro³¹, J.M. Marrero³², M. Martín-Arranz³³, B. Botella³⁴, L. Fernández-Salazar³⁵, D. Monfort³⁶, V. Opio³⁷, A. García-Herola³⁸, J. Llaó³⁹, M. Menacho⁴⁰, P. Ramírez de la Piscina⁴¹, D. Ceballos⁴², P. Almela⁴³, M. Navarro-Llavat⁴⁴, V. Robles-Alonso⁴⁵, A.B. Vega-López⁴⁶, I. Moraleja⁴⁷, M.T. Novella⁴⁸, C. Castaño-Milla⁴⁹, A. Sánchez-Torres⁵⁰, J.M. Benítez^b, C. Rodríguez^c, L. Luzón^e, E. Garridoⁱ, E. Domènech^f, E. García-Planella^a y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Aparato Digestivo. ^cComplejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^eHospital Universitario de Valme y CIBEREHD, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Clinic i Provincial y CIBEREHD, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^hConsorci Hospital General Universitari de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Gregorio Marañón e IISGM, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Servicio de Aparato Digestivo. ^mComplejo Universitario de León, Servicio

	PEG+A 2L	PEG 4L	Diferencia media (IC95%)	Valor p
n	68	62		
Tolerancia general*	3,1	4,5	1,4 (0,4-2,4)	0,009
Volumen excesivo*	4,6	5,8	1,2 (0,2-2,2)	0,01
Sabor*	3,3	4,6	1,3 (0,2-2,3)	0,02
Dolor abdominal*	1,3	1,4	0,1 (-0,8-1)	0,82
Distensión abdominal*	2,4	2	-0,4 (-1,2-0,4)	0,35
Náuseas o vómitos*	1,4	1,1	-0,3 (-1,1-0,4)	0,35
Aceptabilidad	62 (91%)	48 (77%)	-13,8% (-26,5-0,01)	0,03
Preparación inadecuada	7 (10,3%)	5 (8,1%)	-2,2% (-12,7-8,6)	0,7

*Escala analógica visual (1 excelente-10 insoportable).

de Aparato Digestivo. ¹Hospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBEREHD, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ²Hospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBEREhd, Servicio de Aparato Digestivo. ³Hospital de Sagunto, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴Hospital Clínico de Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBEREhd, Badalona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁷Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁸Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁹Hospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁰Hospital de Basurto, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ¹¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ¹²Hospital de Manises, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ¹³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁵Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁶Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁷Hospital General Universitario de Elche, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁸Hospital Torrecárdenas, Almería, Servicio de Aparato Digestivo. ¹⁹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁰Hospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBEREhd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ²¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, Servicio de Aparato Digestivo. ²²Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ²³Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁴Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁶Hospital Villafranca de los Caballeros, Toledo, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁷Corporació Sanitària Parc Taulí y CIBEREhd, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁸Hospital Virgen de la Altagracia, Manzanares, Servicio de Aparato Digestivo. ²⁹Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁰Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ³¹Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, Servicio de Aparato Digestivo. ³²Hospital Universitario de Burgos, Servicio de Aparato Digestivo. ³³Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁴Hospital General Universitario de Alicante y CIBEREhd, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁵Hospital General de Ciudad Real, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁶Hospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁷Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁸Hospital Virgen de la Salud, Toledo, Servicio de Aparato Digestivo. ³⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁰Hospital Universitario de Salamanca, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴²Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴³Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁴Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁵Hospital Lucus Augusti, Lugo, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁶Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁷Hospital Universitario La Paz, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁸Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁴⁹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁰Consorci Sanitari Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵²Hospital Marina Baixa, Alicante, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵³Hospital

Sant Joan de Deu, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁴Hospital Joan XXIII, Tarragona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁵Hospital Universitario de Álava, Vitoria, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁶Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁷Hospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁸Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Servicio de Aparato Digestivo. ⁵⁹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶⁰Hospital de Viladecans, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶¹Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶²Hospital Can Misses, Eivissa, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶³Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁶⁴Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: En los pacientes con EII en remisión con el tratamiento anti-TNF podría plantearse la suspensión del mismo por motivos de coste y seguridad. Sin embargo, el riesgo de recidiva tras la interrupción del anti-TNF en estos pacientes no está bien establecido.

Objetivos: 1) Evaluar el riesgo de recidiva tras la suspensión del tratamiento anti-TNF en pacientes con EII en remisión. 2) Identificar los factores asociados al riesgo de recidiva. 3) Calcular la tasa de respuesta al reiniciar el mismo anti-TNF. 4) Evaluar la seguridad de la administración de nuevo del anti-TNF.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico (77 centros). Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa tratados con anti-TNF y en los que se suspendió dicho tratamiento estando en remisión. El seguimiento tras la suspensión del fármaco fue de al menos 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 1.055 pacientes (53% mujeres, edad media 42 años, 68% enfermedad de Crohn). Los motivos de suspensión del anti-TNF fueron: 75% decisión electiva, 18% efectos adversos, y 7% remisión tras estrategia top-down. En los pacientes que recidivaron, la mediana de tiempo de recidiva tras la suspensión del anti-TNF fue de 11 meses. La incidencia acumulada de recidiva fue del 44%: (IC95% = 41-46%): 24% al año, 38% a los 2 años, 46% a los 3 años, y 56% a los 5 años tras la suspensión del anti-TNF. La tasa de incidencia de recidiva fue del 18% por paciente-año (IC95% = 17-20%). Un 71% de los pacientes continuó con inmunosupresores (AZA/MP/MTX) tras suspender el anti-TNF. En el análisis multivariante, las variables asociadas con un mayor riesgo de recidiva fueron: el tratamiento con adalimumab vs infliximab (HR = 1,29; IC95% = 1,03-1,60), y la suspensión electiva del anti-TNF (HR = 1,82; IC95% = 1,19-2,79) o la suspensión del anti-TNF debido a efectos adversos (HR = 1,95; IC95% = 1,22-3,12) vs la suspensión por remisión tras la estrategia top-down. La edad al momento de la suspensión del anti-TNF (HR = 0,99; IC95% = 0,98-0,99) y el tratamiento con inmunosupresores tras la suspensión del anti-TNF se asociaron con un menor riesgo de recidiva (HR = 0,70; IC95% = 0,57-0,88). Un 72% de los pacientes que recidivaron iniciaron de nuevo el mismo anti-TNF: 68% (IC95% = 61-72%) de ellos alcanzaron la remisión tras la inducción, y 75% (IC95% = 70-80%) al final del seguimiento. Tras el re-tratamiento, 11% presentaron efectos adversos, todos leves.

Conclusiones: La tasa de incidencia de recidiva tras la suspensión del tratamiento anti-TNF en pacientes con EII en remisión fue del 18% por paciente-año. El tratamiento con adalimumab, la suspensión electiva del anti-TNF o la suspensión del anti-TNF debido a efectos adversos (vs estrategia top-down) se asociaron con un mayor riesgo de recidiva. La edad y el tratamiento de mantenimiento con inmunosupresores tras la suspensión del anti-TNF se asociaron con un menor riesgo de recidiva. El tratamiento de la recidiva con el mismo anti-TNF fue eficaz y seguro.

64. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL INCIDENTAL DURANTE EL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN PAÍS VASCO: RESULTADOS PRELIMINARES

I. Rodríguez-Lago^a, O. Merino^b, A. Maiz^c, A. Muñagorri^c, P. Arreba^d, J. Carrascosa^e, M. Fernández-Calderón^f, R. Higuera^g, E. Zapata^h, I. Montalvoⁱ, I. Portillo^j y J.L. Cabriada^a

^aHospital de Galdakao, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^bHospital Universitario de Cruces, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^cHospital Donostia, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^dHospital Universitario de Basurto, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^eHospital de Zumárraga, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^fHospital de Mondragón, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^gHospital de San Eloy, Vizcaya, Servicio de Digestivo. ^hHospital de Mendara, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ⁱOnkologikoa, Guipúzcoa, Servicio de Digestivo. ^jCentro Coordinador del Cribado de Cáncer Colorrectal en País Vasco (Osakidetza).

Introducción: Disponemos de pocos datos acerca de la historia natural de los casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) diagnosticados de forma incidental. Esto nos podría aportar información valiosa sobre la fase preclínica de la enfermedad y sus estadios más precoces. Hasta ahora se ha descrito una incidencia aproximada del 1% durante el cribado en Reino Unido y Corea del Sur. De estos pacientes, desarrollaban síntomas entre un 35 a 68% a los 2 a 5 años del diagnóstico. Hemos realizado un estudio para evaluar la incidencia, características de la enfermedad y requerimientos terapéuticos en los pacientes diagnosticados de EII durante el programa de cribado de cáncer colorrectal en País Vasco. El screening en nuestra área comenzó en 2010 y cubre la población de entre 50 a 69 años de una población de 2,2 millones de habitantes.

Métodos: Hemos revisado retrospectivamente los resultados de todas las colonoscopias de cribado realizadas bajo el programa de cribado. En todos los pacientes se realizó inicialmente un test de sangre oculta en heces inmunológico (iSOH; OC-Sensor, Eiken Chemical Co., Tokyo, Japón) y, si este test era positivo (punto de corte 20 µg Hg/g), se indicaba la realización de una colonoscopia. Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico endoscópico de sospecha de EII y con confirmación histológica. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de EII. El protocolo del estudio fue aceptado por el Comité de Ética de Euskadi.

Resultados: Se realizaron un total de 405.913 iSOH en 9 hospitales (participación del 67%). En 25.262 casos se llevó a cabo una colonoscopia de cribado. Se han diagnosticado 88 nuevos casos de EII (incidencia de 0,35%): 67 de colitis ulcerosa (CU), 16 de enfermedad de Crohn (EC) y 5 de EII inclasificable. Treinta y siete eran mujeres (edad media de 57 años) y la mayoría eran exfumadores. La CU afectaba al recto en 22 casos, a colon izquierdo en 21 y como colitis extensa en 24. La EC se clasificó como L1 en 7 casos, L2 en 6 y L3 en 3 pacientes. Sólo un paciente presentaba complicaciones perianales al diagnóstico. El diagnóstico endoscópico de sospecha concordaba con la histología en el 95%. El seguimiento clínico fue de 17 meses (RIQ 9-34). En 26 casos han presentado síntomas durante el seguimiento (rectorragia/síndrome rectal/diarrea). A 65 pacientes se les indicó tratamiento: 61 con mesalazina, corticoides a 11, tiopurinas a 6, 1 con metotrexato y 1 con aféresis. Sólo un caso recibió tratamiento con infliximab 23 meses tras el diagnóstico. Dos pacientes fueron intervenidos durante el seguimiento.

Conclusiones: Hemos observado una incidencia de EII del 0,35% entre los 50 a 69 años durante el programa de cribado poblacional. Un tercio de los pacientes desarrolló síntomas posteriormente, y a medio plazo el comportamiento de la enfermedad ha sido relativamente benigno.

Esófago-Estómago-Duodeno

110. REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG): ANÁLISIS INTERMEDIO DEL TRATAMIENTO CUÁDRUPLE CONCOMITANTE SIN BISMUTO

A.G. McNicholl^a, A. Gasbarrini^b, B. Tepes^c, M. Castro^d, A. Pérez-Aisa^e, L. Bujanda^f, J. Molina-Infante^g, A. Lanash^h, D. Vairaⁱ, T. Rokkas^j, M. Roldán^k, P. Almela^k, E. Medina^l, J. Ortuño^m, S. Michopoulosⁿ, M. Domínguez-Cajal^o, A. Lucendo^o, J. Barrio^p, L. Pozzati^q, V. Ntouli^r, J. Pérez-Lasala^s, S. Georgopoulos^t, L. Rodrigo^u, M. Vujasinovic^v, D.S. Bordin^w, J.C. Machado^x, L. Boyanova^y, M. Caldas^z, M. Ramas^z, M. G-Donday^a, F. Megraud^z, C. O'Morain¹ y J.P. Gisbert^a

^aHospital Universitario de La Princesa, IIS-IP y CIBERehd, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^bU. Sacro Cuore, Roma, Italia, Servicio de Aparato Digestivo. ^cAM DC Rogaska, Ljubljana, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital de Valme, Sevilla, Servicio de Aparato Digestivo. ^eAgencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital de Donostia, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo. ^gHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Servicio de Aparato Digestivo. ^hHospital Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱUniversity of Bologna, Italia. ^jHospital Henry Dunant, Athens, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital General de Castellón, Servicio de Aparato Digestivo. ^lCHGU Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^mHospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBERehd, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿAlexandra Hospital, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^oHospital San Jorge, Huesca, Servicio de Aparato Digestivo. ^pHospital de Tomelloso, Servicio de Aparato Digestivo. ^qHospital Rio Hortega, Valladolid, Servicio de Aparato Digestivo. ^rHospital de Mérida, Servicio de Aparato Digestivo. ^sPiraeus General Hospital, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^tHM Sanchinarro, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ^uFaliron General Hospital, Atenas, Grecia, Servicio de Aparato Digestivo. ^vHospital Central de Asturias, Oviedo, Servicio de Aparato Digestivo. ^wHospital Slovenj Gradec, Eslovenia, Servicio de Aparato Digestivo. ^xClinical Sci, Centre, Moscow, Federación Rusa, Servicio de Aparato Digestivo. ^yIPATIMUP, Porto, Portugal. ^zMedical University of Sofia, Sofia, Bulgaria. ¹Hôpital Pellegrin, Bordeaux, Servicio de Bacteriología. ¹Trinity College Dublin, Dublin, Irlanda.

Introducción: De los tratamientos erradicadores de *H. pylori* de primera línea más utilizados en Europa, la terapia cuádruple concomitante sin bismuto (IBP + claritromicina + amoxicilina + metronidazol) ofrece los mejores resultados de efectividad en práctica clínica.

Objetivo: Evaluar el uso, eficacia y seguridad del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto dentro del Registro Europeo del Manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg).

Métodos: Registro sistemático y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos Europeos en el manejo de la infección por *H. pylori* (31 países y 280 investigadores reclutadores). Se seleccionó un coordinador local por país. Cada coordinador seleccionó a un grupo representativo de reclutadores de su país. Se creó un cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) en la plataforma AEG-REDCap para registrar sistemáticamente el manejo de todos los pacientes adultos infectados por *H. pylori*. Variables: demográficas, intentos erradicadores previos, dosificación y duración del tratamiento erradicador actual, efectos adversos y resultado (erradicación, cumplimiento, seguimiento, etc.).

Resultados: Hasta el momento se han incluido 15.000 pacientes, y 12.270 han finalizado el seguimiento (59% mujeres, 88% caucásicos, edad media 55 años). El tratamiento concomitante se

utilizó en 2.370 pacientes, 91% de ellos en naïve, representando el tratamiento concomitante el 23% de los tratamientos de primera línea. Se combinó siempre con un IBP dos veces al día (omeprazol 47%, esomeprazol 41%, pantoprazol 11%). En el 95% de los casos se utilizó metronidazol como nitroimidazol de elección. El 99% de los antibióticos se prescribió cada 12h y en dosis estándar (claritromicina 500 mg; amoxicilina 1 g; metronidazol 500 mg). La eficacia global del tratamiento fue del 88% (IC95% = 87-89%) por ITT y 92% (91-93%) PP. La evaluación de las diferentes variaciones del régimen no demostró una mejora por el aumento de duración de 10 a 14 días (88% vs 90%; $p = 0,09$), y solo se pudo demostrar una mejora discreta (del 87% al 90%; $p = 0,02$) con el uso de dosis dobles de IBP (omeprazol o esomeprazol 40 mg/12h). Subanalizando por separado el uso de esomeprazol 40 mg en comparación con dosis estándar de cualquier IBP, se evidenció una mejoría del 5% de eficacia en tratamientos de 14 días ($p < 0,01$) y del 7% en tratamientos de 10 días ($p < 0,01$), alcanzándose una eficacia global del 92% (90-94%) ITT con el uso de esomeprazol a dosis dobles. El 34% de los pacientes presentó efectos adversos (67% leves, solo un 5,5% de intensidad fuerte; duración media 7,3 días). Aumentar de 10 a 14 días de tratamiento incrementó un 5% la aparición de efectos adversos (32% a 37%) y la duración media de éstos en un día (7 a 8 días).

Conclusiones: El tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto, optimizado con dosis dobles de IBP, alcanza tasas de erradicación superiores al 90% por intención de tratar, con un buen perfil de seguridad.

132. UN TEST RÁPIDO DE PUNTO DE CONTACTO (POCT) EN ASISTENCIA PRIMARIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN ADULTOS

M. Rosinach^a, F. Fernández-Bañares^a, M. Llordes^b, J. Calpe^b, G. Montserrat^b, M. Pujals^a, A. Cela^b, A. Carrasco^a, M. Ibarra^a, P. Ruiz^a, V. Gonzalo^c, C. Ferrer^c y M. Esteve^a

^aHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Digestivo, CIBERehd. ^bCentros de Asistencia Primaria Oest, Sud y Rambla, Mutua de Terrassa. ^cHospital Universitario Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitari Mutua de Terrassa, Servicio de Anatomía Patológica, CIBERehd.

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) esta infra-diagnosticada. Los médicos de asistencia primaria pueden ejercer un papel activo en la selección de pacientes con EC, mediante un POCT basado en la detección de anticuerpos anti-peptidos de gliadina deamidados (DPG), que es un biomarcador sensible y específico.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una estrategia de detección de casos de EC en población de riesgo en asistencia primaria mediante el uso de un POCT.

Métodos: Estudio piloto transversal de detección de EC mediante la estrategia "case finding" en tres centros de asistencia primaria. Después de un programa educativo sobre EC, se establecieron indicaciones clínicas para el cribado y se reclutó consecutivamente a los pacientes en un entorno de actividad asistencial. Criterios de inclusión: > 14 años, seguir dieta con gluten y tener consentimiento informado. Criterios de exclusión: determinación antiendomiso (AEA) y antitransglutaminasa (ATTG) durante el año previo; Diagnóstico previo de EC. Se realizaron simultáneamente POCT y analítica con serología (AEA y ATTG). Se realizó biopsia duodenal para histología y citometría de flujo si POCT y/o ATTG positivos. Se consideró EC (Marsh 1 a Marsh 3) cuando la serología fue positiva (en caso de discrepancia entre ATTG y DPG, AEA debía de ser positivo) o cuando la serología era negativa pero existía aumento de linfocitos

intraepiteliales gammadelta+. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN, y la prevalencia de EC.

Resultados: Se incluyeron 277 pacientes (75,5% mujeres; edad 41,1 ± 0,9). El POCT fue positivo en 25 (9%): 19 positivos y 6 dudosos. De estos, la ATTG fue positiva en 2/25, ambos con atrofia. De los 23 con POCT+ y ATTG-, la histología mostró 1 Marsh 3 (AEA- y aumento de gammadelta), 5 Marsh 1 (AEA- y citometría normal), y 17 Marsh 0 (AEA- y 5 con aumento de gammadelta). La prevalencia de EC fue 3/277 (1.1%, IC95% 0,3-3,4). La S del POCT para EC (Marsh 3) fue de 100% (IC95%, 31-100), E 92% (IC95%, 88-95), VPP 12% (IC95%, 3-32), VPN 100% (IC95%, 98-100).

Conclusiones: El POCT tiene un VPN muy alto y si es negativo se descarta EC. La prevalencia de EC en grupos de riesgo reconocidos es tres veces superior a la descrita en la población general adulta en Cataluña. Se demuestra la utilidad de esta estrategia diagnóstica de EC en Atención Primaria.

Oncología gastrointestinal

142. EVENTOS GASTROINTESTINALES DESPUÉS DE UNA COLONOSCOPIA NEGATIVA EN UN PROGRAMA ORGANIZADO DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL BASADO EN PRUEBA INMUNOQUÍMICA DE SANGRE OCULTA EN HECEAS

L. Rivero-Sánchez^a, M. Pellisé^a, M. López-Cerón^a, J. Grau^b, A. Pozo^b, A. Serradesanferm^b, M. Díaz^b, C. Rodríguez de Miguel^a, J.M. Augé^c, L. Llovet^a y A. Castells^a

^aHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Gastroenterología. ^bHospital Clínic de Barcelona, Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. ^cHospital Clínic de Barcelona, Departamento de Bioquímica.

Introducción: Una prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces positiva (FIT) se asocia a la presencia de neoplasia colorrectal y/o sangrado por lesiones no neoplásicas. Sin embargo, una considerable proporción de individuos con FIT positivo tienen una colonoscopia normal.

Objetivos: 1) identificar las posibles causas de FIT positivo en sujetos con colonoscopia normal y 2) determinar la tasa de cáncer colorrectal (CCR) post-colonoscopia en esta cohorte.

Métodos: Incluimos todos los individuos participantes de la primera ronda del programa organizado de cribado de CCR de Barcelona Esquerra (enero 2010-diciembre 2012) con FIT positivo (= 20 µg/g) y colonoscopia completa negativa (ausencia de lesiones neoplásicas). Se registraron los datos de consultas y/o procedimientos por eventos gastrointestinales (GI) posteriores al cribado a través de la base de datos del Servicio Nacional de Salud (Historia Clínica Hospitalaria e Historia Compartida de Cataluña). La imputación de causalidad del FIT positivo se estableció de acuerdo al momento de presentación del evento: certera (detectado en la colonoscopia de índice [cribado]), probable (= 6 meses tras la colonoscopia índice), posible (6-12 meses tras la colonoscopia índice), incierta (> 12 meses tras la colonoscopia índice). El CCR post-colonoscopia fue definido como todo CCR invasivo detectado tras la colonoscopia índice y antes del final de seguimiento (mediana 50.6 meses [rango 36-69]).

Resultados: De 2.659 individuos sometidos a colonoscopia después de un FIT positivo, 811 (30,5%) (edad 59,1 ± 0,4 años; 60,7% mujeres) tuvieron una colonoscopia negativa. En 102 (12,6%) se identificó una causa certera de FIT positivo (angiodisplasias, 50; lesiones inflamatorias, 52). De los restantes 709 individuos con colonoscopia normal, 30 (4,2%) tuvieron eventos GI posteriores clasi-

ficados como: causa probable en 2 pacientes (1 adenocarcinoma gástrico avanzado, 1 esofagitis grado D de Los Ángeles), causa posible en 4 pacientes (1 CCR invasivo, 1 linfoma de intestino delgado, 1 hemorragia diverticular y 1 ectasia antral vascular) y causa incierta en 24 pacientes (2 CCR invasivos y 2 CCR intramucosos, 3 adenomas colorrectales, 14 lesiones inflamatorias y 3 patología anorrectal). La edad, sexo, niveles de FIT, comorbilidad avanzada (hepática, renal, coagulopatía) o tratamiento crónico con antiagregantes/anticoagulantes/AINEs no se asoció con una mayor prevalencia de eventos GI posteriores. Por otra parte, se detectaron 3 (0,36%) CCR post-colonoscopía (edad $56,3 \pm 7,5$ años; 66% hombres; estadio TNM: 2 IIIA y 1 IIIB) entre 11-28 meses tras el cribado. No hubo diferencias significativas en relación a edad, sexo o niveles de FIT entre los sujetos con y sin CCR post-colonoscopía.

Conclusiones: La mayoría de los individuos (83%) con un FIT positivo y colonoscopia negativa no tienen ningún evento gastrointestinal posterior que justifique dicho resultado. La tasa de CCR post-colonoscopía en estos sujetos es baja (0,36%).

146. EL MODELO FAST® (FECAL HEMOGLOBIN, AGE AND SEX TEST): DESARROLLO Y VALIDACIÓN EXTERNA DE UN MODELO PREDICTIVO SENCILLO PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES SINTOMÁTICOS

J. Cubiella^a, J. Digby^b, F. Rodríguez Moranta^c, E. Quintero^d, V. Álvarez-Sánchez^e, F. Fernández Bañares^f, J. Boadas^g, R. Campo^h, L. Bujandaⁱ, J. Clofent^j, A. Ferrández^k, V. Piñol^l, D. Rodríguez-Alcaide^m, P. Vega^a, M. Salve^a, M. Díaz Ondinaⁿ, L. Rodríguez Alonso^c, J. Guardiola^c y C. Fraser^b

^aComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Aparato Digestivo. ^bScottish Bowel Screening Research Unit, University of Dundee, Escocia. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario de Canarias, La Laguna, Servicio de Aparato Digestivo. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Servicio de Aparato Digestivo. ^fHospital Universitario Mutua de Terrassa y CIBEREHD, Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^gConsorci Sanitari de Terrassa, Servicio de Aparato Digestivo. ^hCorporació Sanitària Parc Taulí y CIBEREHD, Sabadell, Servicio de Aparato Digestivo. ⁱHospital de Donosti, Instituto Biodonostia, UPV/EHU y CIBEREHD, Servicio de Aparato Digestivo. ^jHospital de Sagunto, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo. ^kHospital Universitario Clínico de Zaragoza y CIBEREHD, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^lHospital Dr. Josep Trueta, Servicio de Gastroenterología. ^mHospital Universitario de Móstoles, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo. ⁿComplejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de Análisis Clínicos.

Introducción: Los modelos predictivos para la detección de cáncer colorrectal (CCR) en pacientes sintomáticos están basados en criterios clínicos subjetivos y tienen una precisión diagnóstica limitada. Se requieren modelos predictivos fáciles de calcular basados en variables objetivas para su aplicación preferentemente en atención primaria.

Métodos: Estudio de desarrollo y validación externa de un modelo predictivo en el que se utilizó la cohorte inicial del estudio Colonpredict (1.572 pacientes, 13,7% CCR) como cohorte inicial. La concentración de hemoglobina fecal se cuantificó con un test inmunológico (OC-Sensor®). Hemos desarrollado el modelo predictivo FAST® basado en tres variables: concentración de hemoglobina fecal, edad y sexo mediante una regresión logística. Estratificamos la concentración de hemoglobina en cuatro grupos: indetectable, 1-19,9, 20-199 y $= 200 \mu\text{g Hb/g}$ heces. La cohorte de validación (3.976, 5,2% CCR) consistió en pacientes incluidos en cinco estudios

en los que se evaluaron cinco tests inmunológicos cuantitativos en pacientes sintomáticos. Comparamos la precisión diagnóstica entre las cohortes inicial y de validación mediante curvas ROC y el AUC. Se establecieron puntos de corte basados en la sensibilidad en la cohorte inicial (90 y 99%) y determinamos si existían diferencias en la sensibilidad y especificidad entre las dos cohortes con el test de chi-cuadrado.

Resultados: Las Odds Ratio de las variables incluidas en el modelo FAST® fueron edad (años) 1,03 (IC95% 1,02-1,05); sexo masculino 1,6 (IC95% 1,1-2,3); concentración de hemoglobina fecal 1-19,9 2,0 (IC95% 0,7-5,5); 20-199 16,8 (IC95% 6,6-42) y $= 200 \mu\text{g Hb/g}$ heces 65,0 (IC95% 26-164). El AUC del modelo FAST fue de 0,87 (IC95% 0,85-0,90) en la cohorte inicial y 0,91 (IC95% 0,89-0,93) en la cohorte de validación ($p = 0,005$). En los puntos pre-establecidos con sensibilidad del 90% (coeficiente B 4,5), no encontramos diferencias en la sensibilidad entre la cohorte inicial (89,8%) y la de validación (87,5%; $p = 0,6$). Sin embargo, la especificidad fue superior en la cohorte de validación (inicial 71,3%, validación 82,3%; $p < 0,001$). En el punto de corte con una sensibilidad del 99% (coeficiente B 2,12) la sensibilidad en todas las cohortes para la detección de CCR fue del 100%. En cambio, la especificidad en la cohorte inicial fue inferior (inicial 13,9%, validación 19,8%; $p < 0,001$).

Conclusiones: El modelo FAST® es un modelo predictivo sencillo para la detección de CCR en base a variables fácilmente accesibles. Este modelo establece grupos con riesgo alto, intermedio y bajo de detección de CCR. Aunque hemos detectado diferencias en la especificidad, su sensibilidad es similar en diferentes escenarios, con diferentes técnicas analíticas y transferible geográficamente.

Páncreas y vías biliares

170. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 44 IPMNS Y MCNS INTERVENIDOS Y EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PREDICTORES DE MALIGNIDAD DESCRITOS EN LOS CONSENSOS DE MANEJO (IAP, EUROPEO Y AGA)

S. Espina^a, J. Millastre^b, E. Moneo^c, B. Roche^d, G. Muñoz^e, M.T. Soria^a y E. Bajador^a

^aHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Aparato Digestivo. ^cHospital Universitario de Cruces, Bilbao, Servicio de Aparato Digestivo. ^dHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Servicio de Anatomía Patológica. ^eHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: La neoplasia intraductal papilar mucinosa (IPMN-MD/Mx: rama principal/mixta, o IPMN-BD: rama secundaria) y la neoplasia quística mucinosa (MCN) presentan alto riesgo de malignización (33-60%/11-30%/12-20% respectivamente). Los Consensos IAP-2012, Europeo-2013 y AGA-2015 definen distintos criterios quirúrgicos, con una tendencia más conservadora para IPMN-BD y MCN o pacientes asintomáticos.

Objetivo: Analizar la idoneidad de un manejo más conservador basado en la capacidad predictiva de adenocarcinoma (AC)/displasia alto grado (DAG) de los criterios de riesgo definidos en estos consensos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, que incluye pancreatomectomías por IPMN y MCN realizadas en 3 hospitales de 3er nivel entre 2005-2015. Se evalúa epidemiología, tamaño, síntomas (ictericia, pancreatitis, s. constitucional, dolor pancreático); factores de riesgo (dilatación de Wirsung (W), nódulos murales, pared engrosada, calcificaciones periféricas (MCN)) y su correlación con la existencia de AC/DAG en pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyen 44 casos (edad media = 59 años, mortalidad posquirúrgica = 4 (9,1%)). IPMN-MD/Mx: n = 18, 89% varones, edad media = 64 años. 16/18 (88,9%) presentaron AC/DAG, de los cuales 13/16 (81,25%) fueron sintomáticos (VPP = 92,86%) (solo 1 paciente sintomático sin malignidad) y 43,75% presentaron ictericia. El tamaño medio para lesión maligna fue 36,7 mm (rango 15-80) vs 27,5 mm (rango 20-35) para benigna (p = 0,45). Todos los casos de AC/DAG presentaron al menos 1 de los siguientes criterios: tamaño = 30 mm (75%, VPP = 92,3%), W = 5 mm (68,75%, VPP = 84,6), criterios Rx de riesgo (68,75%, VPP = 100). IPMN-BD: n = 10, 55,6% mujeres, edad media = 68 años. El 100% fueron sintomáticos (sesgo de selección) y 5/10 (50%) presentaron AC/DAG. El tamaño medio para lesión maligna fue 43,8 mm (rango 22-70) vs 32,2 mm (rango 15-52) para benigna (p = 0,39). El 80% de los casos de AC/DAG presentaron al menos 1 de los siguientes criterios: W = 5 mm, nódulos murales/pared engrosada (S = 80%, E = 100%). Curiosamente, la única lesión que no cumplió estos criterios presentó un tamaño de 70 mm. MCN: n = 16, 87,5% mujeres, edad media = 50 años. 8/16 (50%) fueron sintomáticos y únicamente 3/16 (18,75%) presentaron AC/DAG. Todas las MCN malignas fueron sintomáticas, con tamaño medio 103,7 mm (rango 35-200) vs 43,7 mm (rango 15-80) benignas (p = 0,028). Un tamaño < 30 mm presentó VPN = 100% para CA/DAG, y < 40 mm VPN = 85,7%. Ninguna MCN presentó W dilatado. Hasta 30,7% de MCN benignas presentaron criterios Rx de riesgo (VPP = 33,3).

Conclusiones: Nuestra serie confirma el alto riesgo de malignidad de IPMN-MD/Mx e IPMN-BD (88,9% vs 50%). La presencia de síntomas o factores Rx de riesgo mostró una elevada especificidad, pero el tamaño de la lesión no fue discriminante, avalando la resección universal. Para MCN, el riesgo de malignización fue exacto al descrito en los Consensos (18,7%), siendo el tamaño factor discriminante (no malignidad en < 30 mm), resultados que avalan un manejo más conservador.

Trastornos funcionales digestivos

193. PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA

L.F. Prades, M. Mínguez, J. Tosca, R. Antón, M. Bosca, I. Pascual y F. Mora

Hospital Clínico de Valencia, Valencia, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción: Los datos sobre la prevalencia de incontinencia fecal (IF) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su impacto en la calidad de vida son escasos. La presencia de IF en los pacientes con EII podría disminuir la calidad de vida de los mismos.

Objetivo: Analizar la prevalencia de incontinencia fecal en los pacientes con EII y determinar su impacto en la calidad de vida.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, de carácter descriptivo, realizado en una muestra aleatoria de la población de pacientes con EII de nuestro departamento de salud. Se incluye a pacientes mayores de edad con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y se excluye otros tipos de EII, portadores de colostomías, ileostomías o reservorios y a pacientes con deterioro cognitivo. Se recogen variables demográficas, características fenotípicas de la EII, actividad, factores de riesgo conocidos de IF, presencia de IF y se evalúa la calidad de vida mediante los cuestionarios SF-36 e IBDQ-32 y en caso de IF, IQLS y Wexner. Se calcula un tamaño de muestra de 721 pacientes para el estudio de prevalencia y de 186 pacientes para el análisis de calidad de vida.

Resultados: La prevalencia de IF en EC es 46,3% (IC95%: 44,5-48,1) y en CU 50,7% (IC95%: 48,9-52,5%); de forma global en la EII, la IF es más frecuente en mujeres (53,2% vs 44,2%; p < 0,05), aparece exclusivamente ligada al brote en 33% de los casos y a heces líquidas en el 60%. En la EC, la IF se asocia al sexo femenino, a la enfermedad perianal y a la resección intestinal y es independiente de la edad, localización, comportamiento y actividad la enfermedad intestinal; en la CU la IF es independiente del sexo y aumenta con la edad, con la extensión de la colitis y su asociación con la actividad inflamatoria es mayor que en la EC. La calidad de vida se ve afectada en todas las dimensiones evaluadas por los cuestionarios y es más intensa en las mujeres.

Conclusiones: La presencia de IF en pacientes de EII es muy prevalente, sus factores de riesgo son distintos según el tipo de EII y su presencia empeora la percepción de la calidad de vida en todos los ámbitos.