

XXXII CONGRESO DE LA SVPD

22 / 23 DE NOVIEMBRE DE 2018
VALENCIA, COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS



SVPD

Sociedad Valenciana
de Patología Digestiva

Hospital General Universitario de Valencia

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES 4

PÓSTERES 28

ENDOSCOPIAS - VIDEOFORUM 74



1. USO CRÓNICO DE ESTATINAS Y ÁCIDO AMINOSALICÍLICO E INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA POST-CPRE. DATOS DEL PROYECTO STARK, ESTUDIO INTERNACIONAL, MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO, DE COHORTES

K. Cárdenas-Jaén ¹, L. Archibugi ², G. Poropat ³, T. Korpela ⁴, G. Capurso ², E. de Madaria ¹

1 Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Salud e Investigación Biomédica (ISABIAL-FISABIO). Alicante. España, 2 Pancreas Translational and Clinical Research Centre, San Raffaele Scientific Institute. Pancreato-Biliary Endoscopy Division and Endosonography Division. Milan. Italy, 3 Department of Gastroenterology. University Hospital Rijeka. Rijeka. Croatia, 4 Department of Surgery. Helsinki University Hospital, Abdominal Center and University of Helsinki. Helsinki. Finland.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente tras una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). Durante los últimos años se han investigado diferentes estrategias profilácticas, como el uso de stents pancreáticos o la administración de AINEs peri-procedimiento. En este contexto, la incidencia de Pancreatitis Aguda Post-CPRE (PAPC) en pacientes que consumen Ácido Aminosalicílico (AAS), un AINE, no está clara. Por otro lado, las estatinas son fármacos hipolipemiantes ampliamente utilizados y estudios recientes sugieren que la ingesta crónica de estatinas puede estar asociada a una menor incidencia de pancreatitis aguda.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es investigar si la ingesta crónica de estatinas y / o ASA se asocia a una menor incidencia de PAPC.

MÉTODO

El proyecto Stark (STatin and ASA for Risk of PEP) es un estudio internacional, multicéntrico, prospectivo, de cohortes, desarrollado bajo el auspicio del programa educativo Pancreas 2000. En él se incluyeron prospectivamente pacientes consecutivos sometidos a CPRE. Los datos médicos, demográficos, farmacológicos y los relativos a la CPRE fueron recuperados mediante la anamnesis dirigida y revisión de la historia clínica. Los pacientes fueron vigilados durante 24h para detectar la incidencia de PAPC. Se realizó el cálculo del tamaño muestral que se estimó en 1.016 participantes. Se llevó a cabo un análisis univariante y multivariante (regresión logística binaria) calculando la ORa de las distintas variables incluidas.

RESULTADOS

Se incluyeron 1150 pacientes en el análisis final. La edad media fue de 68.4 años (67.6-69.2). 561 (48,8%) pacientes eran hombres. 70 pacientes desarrollaron PAPC (6.1%) de los cuales 10 pacientes (7,5%) eran consumidores de estatinas frente a 52 pacientes (6%) no usuarios de estatinas ($p = 0.487$). El análisis multivariante mostró un ORa de 1.167 (0.490-2.781) $p = 0.727$ para la incidencia de PAPC en usuarios de estatinas. Con respecto a la AAS, desarrollaron PAPC 11 pacientes (6,6%) consumidores de AAS frente a 59 pacientes (6%) no usuarios de AAS ($p = 0,756$). El análisis multivariante mostró un ORa de 0.718 (0.325-1.589) $p = 0.414$ para la incidencia de PAPC entre los usuarios de ASA.

CONCLUSIÓN

Nuestros datos preliminares sugieren que el uso crónico de estatinas y / o ASA no está asociado a una menor incidencia de PAPC.

2. CARACTERIZACIÓN DE RIESGO FAMILIAR DE CÁNCER ENTRE CASOS DE PROBABLE SÍNDROME DE LYNCH

M.D. Picó Sala ¹, R. Jover ², O. Murcia ², M. Giner ², M. Alustiza ², J.L. Soto ¹, A. Castillejo ¹, A.B. Sánchez ¹, A. Sánchez ³, F. Balaguer ³, L. Moreira ³, A. Castells ³, M. Pellisé ³, M. Carrillo-Palau ⁴, T. Ramón y Cajal ⁵, A. Gisbert-Beamud ⁵, G. Llort ⁶, C. Yagüe ⁶, A. López Fernández ⁷, J. Balmañ ⁷, E. Martínez de Castro ⁸, C. Álvarez ⁹, X. Bessa ⁹, J. Cubiella ¹⁰, L. Rivas ¹⁰, D. Rodríguez-Alcalde ¹¹, A. Dacal ¹², M. Herraiz ¹³, C. Garau ¹⁴, L. Bujanda ¹⁵, L. Cid ¹⁶, C. Povés ¹⁷, M. Garzón ¹⁸, A. Pizarro ¹⁸, I. Salces ¹⁹, M. Ponce ²⁰, E. Aguirre ²¹, E. Saperas ²², V. Piñol ²³

1 Hospital General Universitario de Elche. 2 Hospital General Universitario de Alicante. 3 Hospital Clínic de Barcelona. 4 Hospital Universitario de Canarias. 5 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. 6 Corporació Sanitària Parc Taulí. Consorci Sanitari Terrasa. 7 Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. 8 Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander. 9 Hospital del Mar, Barcelona. 10 Complejo Universitario Hospitalario de Ourense. 11 Hospital Universitario de Móstoles. 12 Hospital Universitario Lucus Aungusti, Lugo. 13 Clínica Universitaria de Navarra. 14 Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca. 15 Hospital de Donostia. 16 Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. 17 Hospital Clínico de San Carlos, Madrid. 18 Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. 19 Hospital 12 de Octubre, Madrid. 20 Hospital Universitari i Politecnic de la Fe, Valencia. 21 Hospital Quirón de Zaragoza. 22 Hospital General de Catalunya, Barcelona. 23 Hospital Josep Trueta, Girona.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lynch (SL) es una de las causas más frecuentes de cáncer colorrectal (CCR) hereditario. Sin embargo, existe un grupo de pacientes que desarrollan CCR o tumores de la esfera del SL en los que se observa en el tumor inestabilidad de microsatélites y/o pérdida de expresión de las proteínas de los genes reparadores del ADN, pero sin evidencia de mutación patogénica. Este grupo de pacientes se conoce con el nombre de síndrome de Lynch-like (SLL).

OBJETIVO Y MÉTODOS

Conocer el riesgo de cáncer en las familias de pacientes con SLL. Es un estudio descriptivo, observacional, multicéntrico, participan 25 centros nacionales. Se incluyeron pacientes diagnosticados con SL y SLL diagnosticados de CCR. Las variables demográficas, clínicas y patológicas eran incluidas en el registro nacional EPICOLON, al igual que la historia familiar de neoplasias. Se calculó la tasa de incidencia estandarizada (TIE) para CCR y otras neoplasias asociadas a SL, entre los familiares de pacientes diagnosticados de SL-like y se comparó con la TIE entre los familiares de pacientes con SL.

RESULTADOS

De los 160 pacientes con SLL y diagnosticados de CCR, se incluyeron finamente a 123 pacientes, de los cuales sí disponíamos de información completa de familiares de primer grado y antecedentes de neoplasia. Respecto SL, se incluyeron a 119 pacientes. Se realizó el cálculo de la TIE para CCR y neoplasias asociadas a SL y se comparó entre los familiares de pacientes con SL y familiares de pacientes con SLL. Se observó que los pacientes con SLL presentan una incidencia familiar de CCR alta (TIE 2.17; IC95%: 1.64-2.82), aunque significativamente inferior a la encontrada en familias con SL (TIE 3.87; IC95%: c3.14-4.71); p 0.0002. El riesgo de desarrollo de neoplasias asociadas a SL (diferentes a CCR) también se observó incrementado entre familiares de pacientes con SLL (TIE fue de 2.01; IC 95%: 1.41-2.77), pero igualmente inferior al riesgo presentado entre los familiares de pacientes con SL (TIE 4.63; IC95%: 3.69-5.73); p 0.0000.

CONCLUSIÓN

Los familiares de pacientes con SLL tienen un riesgo elevado de presentar CCR, aunque este riesgo es inferior al que presentan las familias con síndrome de Lynch. Los pacientes con SLL y sus familiares deben ser manejados teniendo en cuenta este aumento del riesgo de CCR.

3. PAPEL DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA, RESISTENCIA INSULÍNICA Y FACTORES AMBIENTALES EN LAS POLIPOSIS ATENUADAS DE ORIGEN NO FILIADO

M. Alustiza Fernández ¹, E. Hernández-Illán ², M. Juárez ¹, M. Giner-Calabuig ¹, C. Guarinos ¹, C. Mira ¹, O. Murcia ¹, R. Francés ¹, P. Giménez ¹, C. Martínez-Cardona ¹, R. Jover ¹

1 Hospital General Universitario de Alicante. 2 Centro Esther Koplowitz, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de pacientes con pólipos colónicos múltiples no se encuentran causas genéticas ni de otro tipo para su patología. La presencia de una respuesta inflamatoria incrementada en el contexto un síndrome metabólico podría predisponer a esta condición.

OBJETIVO

Analizar la presencia de citoquinas inflamatorias y niveles de glucosa, insulina y proteína C reactiva (PCR) en suero de pacientes con múltiples pólipos y compararlo con suero de pacientes sanos. También se analizan el hábito tabáquico y la presencia de Diabetes Mellitus (DM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 83 pacientes con 10 o más pólipos adenomatosos o serrados. A su vez, se incluyeron como controles a 53 individuos con colonoscopia normal. Se determinó glucosa, proteína C reactiva e insulina basal. La cuantificación de los niveles de citoquinas IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-11, IL-17A y IL-23 en suero se realizó mediante el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y el análisis de datos se realizó mediante SPSS.

RESULTADOS

La edad media de diagnóstico en ambos grupos fue de 60 años. Se incluyó a 71 hombres (86%) y 12 mujeres (14%) en el grupo de casos y 43 (81%) hombres y 10 (19%) mujeres en el grupo control. Encontramos un incremento significativo de la IL-2 ($p = 0.001$), IL-4 ($p = 0.001$), IL-6 ($p = 0.001$), IL-17A ($p = 0.001$) y IL-23 ($p = 0.014$) en el suero de pacientes con poliposis en comparación con controles. No detectamos diferencias significativas de la IL-11 ($p=0,164$) y IL-10 ($p=0.4$). Se halló un incremento significativo de la PCR en el grupo de pacientes con poliposis, en cambio, el índice HOMA no presentó diferencias significativas.

Encontramos un número significativamente más elevado de fumadores en el grupo de pacientes con poliposis que el grupo control (67% vs.16%, $p=0,001$). Asimismo, un porcentaje

significativamente más elevado de casos presentó DM (11% vs. 2%; $p=0.048$). Un 24% de los individuos con poliposis desarrolló CCR.

CONCLUSIONES

La elevada concentración de PCR y presencia de elevados niveles de IL-23, IL-17A, IL-2, IL-4 y IL-6 en el grupo de pacientes con poliposis indica la presencia de una respuesta inflamatoria. La señalización mediante el eje IL-23/IL-17A junto con otras citoquinas y otros factores como el consumo del tabaco y DM pueden estar jugando un papel importante en el desarrollo de la poliposis en estos pacientes.

4. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA COLONOSCOPIA DE REVISIÓN POR LIMPIEZA COLÓNICA INADECUADA EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

S. Baile, L. Medina, C. Mangas, K. Cárdenas, J.I. Cameo, M. Bozhychko, J.A. Casellas, J.R. Aparicio, J. Martínez, R. Jover

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Existen escasos estudios que evalúen la rentabilidad diagnóstica de la repetición precoz de la colonoscopia de cribado cuando ésta ha sido de mala calidad por una deficiente preparación colónica, y las guías actuales no indican claramente el manejo de estos pacientes.

OBJETIVOS

1. Conocer el porcentaje de participantes en el programa de cribado de cáncer colorrectal a los que está indicado realizar colonoscopia en 1 año por presentar preparación colónica subóptima.
2. Conocer el porcentaje de estos pacientes a los que se realiza esta colonoscopia en 1 año.
3. Determinar la tasa de detección de CCR (TDCCR) en estos pacientes.
4. Determinar la tasa de detección de adenomas (TDA) y de adenomas avanzados (TDAA) en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo transversal que incluyó a los sujetos participantes en el Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana del departamento 19 entre mayo de 2012 y agosto de 2017 con limpieza colónica subóptima (Boston 1 en cualquiera de los segmentos). Se excluyeron los pacientes con Boston 0 en cualquiera de los segmentos o con

colonoscopia incompleta. Seleccionando aquellos pacientes a los que se realiza la colonoscopia de revisión de forma precoz en 1 año por este motivo, se realizó una descripción de las TDA, TDAA y TDCCR tanto en la colonoscopia basal como en la de revisión.

RESULTADOS

De los 2474 pacientes participantes en el programa de cribado de CCR, 314 (12'7%) presentaron un estudio completo con limpieza subóptima (Boston=1). 216 (68'8%) fueron hombres, con una edad media de 65'5±6 años. La limpieza inadecuada se encontró en el 97'2% en CD, 34'1% en CT y 21'7% en CI. En estos pacientes la TDA en la colonoscopia basal fue del 65%, la TDAA del 48% y la TDCCR del 3'8%. En 247 (78%) pacientes se repitió la colonoscopia en 1 año. De éstos, 177 (71%) fueron hombres, con una edad media de 65'6±5'8. En 22 (8%) persistía limpieza inadecuada. En la colonoscopia de revisión la TDA fue del 38'9%, la TDAA del 15% y no hubo ningún caso de CCR.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con limpieza subóptima en alguno de los segmentos del colon en la colonoscopia de cribado de CCR presentan una elevada proporción de lesiones avanzadas en la colonoscopia precoz de revisión.

5. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ESCALA BISAP CON OTROS PARÁMETROS CLÍNICOS EN LA PREDICCIÓN DE GRAVEDAD DE PANCREATITIS AGUDA

M. García Campos ¹, G. Cordon Castillo ¹, N. García Morales ¹, S. Béjar ¹, J. Ortuño ¹, M. Higón ¹, J.M. Tenías ², A. del Val ¹

1 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

2 Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Padre Jofre.

INTRODUCCIÓN

BISAP ha demostrado buen rendimiento predictivo de pancreatitis aguda (PA) grave. Se necesitan estudios para evaluar su impacto en la práctica clínica.

OBJETIVO

Estimar la capacidad discriminativa de la escala BISAP en la predicción precoz de evolución clínica desfavorable: PA moderadamente grave (PAMG) o grave (PAG), según Atlanta 2012, aparición de fallo orgánico (FO), necrosis pancreática (NP) o mortalidad; y compararla con proteína C reactiva (PCR), hematocrito (Hc) e índice de masa corporal (IMC), obtenidos en las primeras 24 horas.

PACIENTES Y MÉTODO

Se incluyeron de forma prospectiva 439 PA entre enero de 2014 y diciembre de 2017. Se recogieron variables clínicas, analíticas y radiológicas. Se registraron: FO, NP, mortalidad y evolución a PAMG o PAG. Se calculó la escala BISAP, IMC, PCR y el Hc. Se valoró el rendimiento pronóstico mediante curvas ROC e IC95%. Para un punto de corte BISAP ≥ 3 puntos se estimaron los índices de exactitud (sensibilidad y especificidad) y los cocientes de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN).

RESULTADOS

La edad media fue $64,4 \pm 17,8$ años, 229 hombres (52,5%), con 46 NP (10,8%), 55 desarrollaron FO (12,6%) y 14 fallecieron (3,4%). Un total de 84 (19,7%) fueron PAMG o PAG. BISAP tuvo un valor mediano de 1 punto, con 45 casos ≥ 3 . Los valores promedio fueron: IMC ($28,6 \pm 5,1$ kg/m²), Hc ($42 \pm 5,4\%$) y PCR ($43,6 \pm 76,2$ mg/dl) La capacidad discriminativa fue mayor para el BISAP en todos los indicadores:

PAMG / PAG Necrosis pancreática Fallo orgánico Mortalidad

BISAP 0,83 (0,76 – 0,89)* 0,75 (0,66 – 0,85)* 0,86 (0,80 – 0,93)* 0,81 (0,66 – 0,95)*

PCR 0,57 (0,48 – 0,66) 0,68 (0,57 – 0,79)* 0,55 (0,44 – 0,65) 0,46 (0,28 – 0,63)

Ho 0,63 (0,54 – 0,72)* 0,64 (0,52 – 0,77)* 0,63 (0,52 – 0,73)* 0,57 (0,39 – 0,76)

IMC 0,50 (0,43 – 0,57) 0,47 (0,37 – 0,57) 0,54 (0,45 – 0,62) 0,62 (0,51 – 0,73)*

Los indicadores de exactitud para BISAP ≥ 3 : PAMG/PAG (S 32%; E 97% CPP 13,1; CPN: 0,6); FO (S 60,5%; E 94,2 % CPP 10,4; CPN: 0,42); NP (S 46,7%; E 89,9 % CPP 4,6; CPN: 0,59) y mortalidad (S 59,3%; E 88 % CPP 4,9; CPN: 0,47)

CONCLUSIONES

La escala BISAP fue un marcador pronóstico relativamente útil y superior a PCR, Hc e IMC. Sin embargo, el punto de corte utilizado fue más útil para confirmar (CPP >10) que para descartar (CPN <0,1) evolución clínica a PAMG/o PAG o aparición de FO.

6. ¿INFLUYE EL TIPO DE TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POSTHEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES?

L. Ferrer-Barceló, L. Sanchís, C. Albert, C. Boix, J. Gallego, L. García, E. Sánchez, A. Vallejo, J.M. Huguet, I. Bort, L. Ruiz, M. Luján, P. Canelles, J. Sempere

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de los pacientes tras una hemorragia digestiva ha sido escasamente evaluada y no existen estudios que la analicen en función del tratamiento administrado.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue determinar si existían diferencias en la calidad de vida de los pacientes con hemorragia digestiva aguda en función de la vía de administración de los suplementos de hierro.

El objetivo secundario fue valorar cuántos pacientes de cada grupo normalizaban la hemoglobina a los 42 días.

MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo aleatorizado que incluye a pacientes mayores de 18 años ingresados en nuestro hospital por hemorragia digestiva aguda con Hb al alta < 10 g/dl sin patología adicional que pueda influir en dicha anemia, a los cuales se les administra hierro carboximaltosa IV (FCM) según ficha técnica vs Sulfato ferroso oral (FeSulf) 325 mg 2 comprimidos al día durante 42 días.

Se realizó analítica de sangre al alta hospitalaria y a los 42 días y se rellenó vía telefónica o presencial el cuestionario EuroQoL-5D-3L en los días 0, 7, 21 y 42. Se definió respuesta completa como el porcentaje de pacientes que normalizaron la Hb (≥ 13 g/dl en hombres o ≥ 12 g/dl en mujeres) a los 42 días.

RESULTADOS

Se incluyeron 61 pacientes (29 FCM, 32 FeSulf) de los cuales 33 completaron el EuroQoL (14 FCM, 19 Fe Sulf). Los análisis seriados en los días 0, 7, 21 y 42 muestran un descenso de los problemas de movilidad y dolor en los pacientes tratados con FCM. Las otras dimensiones analizadas por el EuroQoL evolucionaron en el tiempo de forma similar. Al finalizar el seguimiento la situación subjetiva de los pacientes fue significativamente mejor en los tratados con FCM vs FeSulf (EQVAS 93% vs 83%, $p=0,02$). A los 42 días desde el alta hospitalaria la respuesta completa fue mucho mayor en los pacientes tratados con FCM vs FeSulf (100% vs 61,3%, $p<0,001$)

CONCLUSIÓN

Los pacientes tratados con FCM obtienen mejor calidad de vida que los tratados con FeSulf, probablemente debido a que el porcentaje de pacientes que recuperan la anemia a las 6 semanas con FCM es mayor que con FeSulf.

7. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE LA RESPUESTA INMUNOFENOTÍPICA A LA RIFAXIMINA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA

M.P. Ballester Ferré ¹, J.J. Gallego ², A. Mangas Losada ², R. García García ², P. Leone ², A. Cabrera Pastor ², A. Urios ², D. Escudero García ¹, J. Tosca Cuquerella ¹, M.P. Ríos ³, C. Montón ¹, L. Durbán ³, V. Felipo ⁴, C. Montoliu ²

1 Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2 Fundación Investigación Hospital Clínico Universitario de Valencia. 3 Hospital Arnau de Vilanova. 4 Centro Investigación Príncipe Felipe.

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hepática mínima (EHM) en pacientes con cirrosis hepática (CH) se asocia a cambios en el sistema inmunitario que reflejan un estado proinflamatorio.

OBJETIVO

Evaluar la respuesta inmunofenotípica al tratamiento con rifaximina en pacientes con CH y EHM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, multicéntrico (Hospital Clínico Universitario de Valencia y Hospital Arnau de Vilanova), de seguimiento postautorización. Se incluyeron de forma consecutiva 52 pacientes con CH y 30 voluntarios sanos, de enero 2015 a diciembre 2017. A todos los sujetos se les realizó un análisis de inmunofenotipo, citoquinas, factores de transcripción y niveles de IgG en plasma mediante citometría de flujo, ELISA, PCR y Western Blot, respectivamente. Como patrón de referencia para el diagnóstico de EHM se utilizó el Psychometric Hepatic Encephalopathy Score (PHES). Los pacientes con EHM fueron tratados con rifaximina (400mg/8h) y el PHES y los análisis bioquímicos se repitieron a los 3 y 6 meses. Se consideraron respondedores aquellos pacientes que a los 3 meses de tratamiento presentaron un PHES >-4 . Las diferencias entre grupos y antes y después del tratamiento se compararon mediante un análisis ANOVA (post-hoc Tukey) y un test t pareado.

RESULTADOS

De los 52 pacientes con CH, 22 presentaron EHM (19 hombres y 3 mujeres) y 30 no (24 hombres y 6 mujeres), con una edad media de 63+2 y 61+1, respectivamente. Los 30 controles (19 hombres y 11 mujeres) tenían una edad media de 59+1 años. La rifaximina mejoró la EHM (evaluada con el PHES) en 13 (59%) casos. Respecto a pacientes sin EHM y controles, los casos con EHM presentaron un porcentaje aumentado de monocitos pro-

inflamatorios (CD14++CD16+), linfocitos autoreactivos (CD4+CD28-), IL-17 e IgG que se redujo de forma significativa a los 3 y 6 meses únicamente en los respondedores. Respecto a los no respondedores, pacientes respondedores mostraron una mayor expresión de linfocitos CD69, IL-21, IL-15 e IL-18 previo al tratamiento, que se normalizaron tras el mismo.

CONCLUSIÓN

La rifaximina revierte el estado inmunofenotípico proinflamatorio en el 59% de los pacientes con CH y EHM que responden clínicamente. Esto podría sugerir la existencia de un estadio de EHM avanzado e irreversible. La mayor expresión de linfocitos CD69, IL-21, IL-15 e IL-18 podrían predecir la respuesta al tratamiento.

8. EVALUACIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN CIRROSIS HEPÁTICA E IMPACTO EN EL PRONÓSTICO. ANÁLISIS INTERMEDIO A LOS 3 MESES

N. García Morales ¹, G. Cerdón Castillo ¹, M. García Campos ¹, M. Fernández ¹, C. Castillo ², S. Gutiérrez ², S. Benlloch ³, V. Aguilera ¹

1 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. 2 Unidad de Trabajo Social. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. 3 Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Padre Jofre.

INTRODUCCIÓN

El riesgo social es un factor asociado a mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas. No hay estudios sobre su impacto en pacientes con cirrosis hepática.

OBJETIVOS

Describir el riesgo social de pacientes con CH que requieren ingreso en la Unidad de Hepatología. Determinar si el mayor riesgo social tiene impacto en supervivencia, reingresos y MELD.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se presentan los datos de un análisis intermedio de un estudio prospectivo de cohortes que incluye pacientes ingresados por CH de marzo a septiembre 2018. Fueron entrevistados por trabajadoras sociales de nuestro centro. Las escalas utilizadas fueron: escala MOS-SSS (EM) y evaluación riesgo social (ERSCH), con una reevaluación tras 3 meses. Se ha analizado la relación entre el estado social basal y su impacto en la supervivencia, el número de reingresos y la función hepática, así como los cambios en la situación social.

RESULTADOS

Se incluyen un total de 47 pacientes. El 85.1% hombres, la edad mediana 60 años y las etiologías más frecuentes alcohol (OH) 53.2% y VHC 19.1%. La mediana del MELD en la inclusión fue 16 puntos (rango 1-32). La EM mostró un índice global de apoyo máximo en el 30.4%, intermedio en el 58.7% y mínimo en el 10.9% de los casos.

La ERSCH mostró un riesgo muy alto en el 40.4%, importante en el 12.8%, mínimo en el 25.5% y sin riesgo social en el 19.1% de los pacientes. Al 3er mes fueron evaluados 41 de 47 pacientes, de los cuales 7 fallecieron y 4 fueron trasplantados. La media de reingresos fue de 0.68 (rango 0-3). Tras la intervención clínico-social iniciada en la inclusión, el apoyo social mejoró, ascendiendo el índice global máximo a un 47.3% y descendiendo el mínimo a un 5.2% ($p=0.021$).

Asimismo, la ERSCH mejoró: riesgo social muy alto 31.57% ($p=0.164$). Por otro lado, el MELD mejoró a una mediana de 9 (rango 1-40, $p=0.000$). Se observó una relación entre la supervivencia y el riesgo social, sobre todo el estilo de vida ($p=0.017$), el conocimiento de la enfermedad ($p=0.012$).

CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes que ingresan por CH tienen un riesgo social muy alto. Esta situación tiene impacto negativo en la supervivencia y en el número de reingresos, que puede mejorar significativamente a los 3 meses tras una intervención social adecuada.

9. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS BIOMARCADORES DE IMAGEN PARA LA CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA

D. Martí Aguado ¹, E. Valero-Pérez ², C. Mestre ¹, A. Rodríguez ², L. Puchades ¹, M.P. Ballester ¹, S. Benlloch ², A. Alberich Bayarri ², M.A. Serra ³, L. Martí Bonmatí ²

1 Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2 Hospital Universitario y Politécnico La Fe. 3 Universidad de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Debido a la creciente prevalencia de las hepatopatías crónicas (HC), se considera necesario emplear pruebas diagnósticas no invasivas como alternativa a la biopsia hepática. El depósito de grasa en las HC tiene importancia pronóstica en la enfermedad.

OBJETIVO

Evaluar el rendimiento diagnóstico de la Resonancia Magnética (RM) cuantitativa para establecer el grado de esteatosis en pacientes con HC.

MÉTODO

Estudio prospectivo, multicéntrico (Hospital Clínico Universitario de Valencia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe), comparativo no randomizado para la evaluación cuantitativa de esteatosis hepática por imagen en pacientes con HC. Como patrón de referencia se utilizó la lectura anatomopatológica cuantitativa (porcentaje de esteatosis respecto al total de la muestra [FPA]) mediante el análisis digital de las láminas histológicas (escáner VENTANA iScan HT).

Los exámenes de RM multiparamétrica se realizaron con una RM 3T (Philips Achieva TX) con las secuencias multieco con desplazamiento químico (MECSE) y difusión multi-b (intravoxel incoherent motion, IVIM). Los biomarcadores de imagen obtenidos fueron el coeficiente de difusión (ADC), difusión intersticial (D), difusión por perfusión (D*), fracción vascular (f) y la fracción grasa por densidad protónica (PDFF). La relación entre los biomarcadores de imagen y la evaluación histológica se analizó mediante pruebas de correlación de Spearman, análisis multivariante de regresión lineal y curvas ROC de rendimiento diagnóstico.

RESULTADOS

Se incluyó 9 pacientes con una edad y un IMC medio de 56 años y 28,7 kg/m². El 56% de las HC eran por enfermedad hepática grasa no alcohólica. El intervalo de tiempo medio entre la biopsia y la RM fue de 19 días. Se observó una asociación estadística entre los valores de PDFF y D con el FPA ($R_s=0.93$ y $R_s=-0.67$, $p<0.05$; respectivamente). El análisis multivariante mantuvo únicamente la medida PDFF ($p=0,001$) como variable independientemente asociada a esteatosis hepática. El análisis del rendimiento diagnóstico de la PDFF para discriminar entre pacientes sin (S0) y con ($\geq S1$) esteatosis obtuvo un AUROC de 1.0 (IC 95%: 0.99-1) presentando una sensibilidad y especificidad del 100% con un punto de corte de 7,7% ($p = 0,02$).

CONCLUSIÓN

La RM cuantitativa presenta una elevada precisión diagnóstica en la evaluación de la esteatosis hepática en pacientes con HC.

10. LA ELASTOGRAFÍA, EL TAMAÑO DEL BAZO Y EL RECUENTO DE PLAQUETAS IDENTIFICAN LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

D. Martí Aguado ¹, M.D. Escudero-García ¹, P. López Moraleja ², M.P. Ballester ¹, C. Suria ¹, J. Ballester ¹, C. Montón ¹, J. Tosca ¹, F. Mora ¹, M.A. Serra ²

1 Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2 Universidad de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Existe la necesidad de emplear marcadores no invasivos capaces de predecir el desarrollo de hipertensión portal clínicamente significativa (HTPCS).

OBJETIVO

Comparar la precisión diagnóstica de distintos parámetros no invasivos y su combinación para identificar HTPCS definida como la presencia de varices esofágicas (VE) en pacientes con hepatopatía crónica (HC).

MÉTODOS

Estudio analítico de cohortes, observacional, retrospectivo, de una serie de 344 pacientes con HC en seguimiento en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (registro APARA). Como patrón de referencia se utilizó la endoscopia digestiva alta. Las variables analizadas fueron: clínicas, séricas (recuento de plaquetas (RP), leucocitos, hematíes, albumina, bilirrubina, índice de Quick (IQ)), ecográficas (tamaño del bazo, diámetro vena porta) y elastográficas (FibroScan: Kpa (liver stiffness, LS)). La relación entre los marcadores no invasivos y los hallazgos endoscópicos se analizó mediante la prueba U -Mann-Whitney, análisis multivariante de regresión logística y curvas ROC de rendimiento diagnóstico.

RESULTADOS

La media de edad al diagnóstico fue 57 (± 13) años, siendo el 69% hombres y el 31% mujeres. Las principales etiologías de las HC fueron por virus (46%), alcohol (42%) y enfermedad hepática grasa no alcohólica (7%). La prevalencia de HTPCS fue del 63% (216 pacientes con VE).

En el análisis univariante, los pacientes con HTPCS se asociaron con el sexo masculino, peor función hepática (mayor bilirrubina e IQ, menor albúmina), mayor LS, menor RP, esplenomegalia y dilatación de la vena porta. En el análisis multivariante, las variables que se asociaron de manera independiente a la condición de HTPCS fueron el LS (OR 1,03; IC95% 1,01-1,04;

$p=0,002$), RP (OR 0,99; IC95% 0,98-0,99; $p=0,002$), tamaño del bazo (OR 1,02; IC95% 1,01-1,03; $p=0,008$) y sexo masculino (OR 1,8; IC95% 1,1-3,1; $p=0,02$). El análisis del rendimiento diagnóstico para discriminar entre pacientes con y sin HTPCS obtuvo los siguientes AUROC: LS de 0.69 (IC 95% 0.63-0,74; $p<0,001$); RP de 0.67 (IC 95% 0.61-0,73; $p<0,001$); tamaño del bazo 0.71 (IC95% 0.65-0,77; $p<0,001$); combinación marcadores (LS * (tamaño bazo/RP)) de 0.73 (IC 95% 0.67-0,78; $p<0,001$).

CONCLUSIÓN

La combinación de los marcadores no invasivos LS, RP y tamaño del bazo, permiten identificar pacientes con HTPCS con adecuada precisión diagnóstica.

11. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA AMBULATORIA

G. Eleuterio Cerveró, C. Basés Valenzuela, A. Montaner Sanchis, A. Salvador Martínez, J. Mir Labrador, R. Fabra Ramis, C. Zaragoza Fernández

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es en la actualidad el gold estándar en el tratamiento quirúrgico de la coledolitiasis sintomática. La reducción del dolor y del íleo intestinal postoperatorio y la recuperación postoperatoria más temprana con el abordaje mínimamente invasivo han permitido reducir de forma ostensible la estancia hospitalaria, hasta su incorporación a la cartera de procedimientos de unidades/servicios de cirugía ambulatoria.

OBJETIVO

Conocer y dar a conocer el porcentaje de ambulatorización de una serie de colecistectomías laparoscópicas (CLA) realizadas en nuestro servicio de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

PACIENTES Y MÉTODO

Entre enero de 2000 y mayo de 2018 hemos intervenido bajo anestesia general con mascarilla laríngea a 785 pacientes afectos de coledolitiasis sintomática, mediante colecistectomía laparoscópica ambulatoria. De ellos, 594 eran mujeres (75.7%) y hombres 191 (24.3%) con una edad media de 52 años.

Los criterios de inclusión fueron: coleditiasis sintomática; criterios sociofamiliares de CMA; ASA I, II y III bien compensados y aceptación voluntaria del régimen ambulatorio. Los pacientes ocuparon el primer lugar del parte quirúrgico y tras la intervención pasaron a la Unidad de Reanimación Postquirúrgica, siendo dados de alta a su domicilio antes de 10 horas. A los 7- 10 días se retiraron los puntos y al mes se realizó un control en consulta externa.

RESULTADOS

La principal indicación clínica fue el cólico biliar en 671 pacientes (85.5%). La imagen ecográfica más frecuente fue de coleditiasis simple en el 86% de los pacientes. La colecistectomía laparoscópica se completó en 760 pacientes (97%) requiriendo de conversión a cirugía abierta en 25 (3%). Se registraron complicaciones perioperatorias en 20 pacientes. Las complicaciones postoperatorias registradas fueron 22. 728 pacientes (92.7%) tuvieron un ingreso inferior a 24h y 56 pacientes (7%) permanecieron ingresados >24h. La morbilidad postoperatoria apareció en 10 pacientes, traduciéndose así en una morbilidad acumulada del 6.31% (39%).

CONCLUSIONES

Con nuestros resultados podemos concluir que la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio es segura, reproducible y presenta un índice de complicaciones y morbilidad similar a las realizada con ingreso hospitalario.

12. BROTE DE HEPATITIS AGUDA POR VIRUS HEPATITIS A EN 2017. ¿ESTAMOS ASISTIENDO A UN CAMBIO EN LOS FACTORES DE RIESGO DE CONTAGIO?

C. Alventosa Mateu, J.J. Urquijo Ponce, M. Latorre Sánchez, P. Marqués García, L. García Llabata, A. Vallejo Antolín, L. González González, M. Diago Madrid

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Tal y como se ha publicado en recientes trabajos (año 2017), tanto a nivel nacional como internacional se ha observado un aumento significativo en la incidencia de casos declarados de hepatitis aguda por virus de hepatitis A (HAVHA). Esta tendencia se ha relacionado con el colectivo de hombres con sexo con otros hombres (HSH).

OBJETIVOS

Evaluar si se ha producido un brote de HAVHA en nuestra área sanitaria e identificar los factores de riesgo de contagio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que engloba los casos declarados de HAVHA en mayores de 13 años durante el año natural de 2017 en nuestra área sanitaria (departamento 9). La relación de pacientes con HAVHA declarada y sus datos epidemiológicos fueron obtenidos a través de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana.

RESULTADOS

Desde 2009 (año del último brote) hasta 2016, la tasa de incidencia de HAVHA en nuestra comunidad es similar a la nacional, siendo nuestra área sanitaria una de las que presenta tasas más altas (08-22 casos por 105 habitantes). En cambio, en 2017 la tasa ha sido de 65 casos por 105 habitantes, con 23 pacientes diagnosticados con serología y clínica compatibles. La edad media es 352 años y el 78% son varones.

En los años previos la fuente de contagio era el contacto con niños, trabajadores sanitarios u otros casos con HAVHA. En 2017 el 52% (12/23) de nuestros casos, todos varones, presentaron como probable origen la práctica de sexo con otros hombres. El 75% (9/12) de casos en este subgrupo se diagnosticaron durante los meses de junio a septiembre. Entre el grupo de HSH la edad media fue de 31 años (rango 21-42 años) mientras que en el grupo no HSH la edad media fue de 403 años (rango 13-80 años) y el 63% (7/11) fueron varones.

La evolución fue favorable en todos los pacientes, incluyendo un paciente (40 años, grupo no HSH) que presentó un fallo hepático.

CONCLUSIONES

En nuestra área sanitaria hemos presentado un brote de HAVHA en 2017. Los datos expuestos y la estacionalidad con predominio estival hacen que consideremos que las prácticas sexuales de este colectivo sean la causa fundamental, o al menos la más importante, en este brote de nuestra área sanitaria. Por ello, creemos que deberían promoverse medidas de educación sanitaria de forma activa en este grupo para evitar que se repita esta situación.

13. PERFILES DE CITOQUINAS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON LA RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNFA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

B. Mateos Andrés ¹, E. Sáez González ², I. Moret Tatay ³, D. Hervás ¹, L. Tortosa Seguí ³, E. Cerrillo Bataller ⁴, M. Iborra Colomino ⁴, M. García ⁵, P. Nos Mateu ⁴, B. Beltrán Niclós ⁴

1 IIS Hospital La Fe. 2 IIS Hospital La Fe, Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 3 IIS Hospital La Fe, CIBEREHD. 4 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, IIS Hospital La Fe, CIBEREHD. 5 Hospital Universitari i Politècnic La Fe

INTRODUCCIÓN

Los fármacos biológicos anti-TNF α , como el infliximab (IFX), consiguen la remisión en un porcentaje elevado de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). Sin embargo, un tercio de ellos no responde adecuadamente a la inducción. No hay disponibles biomarcadores que permitan identificar pacientes respondedores, lo cual permitiría una terapia personalizada más efectiva y menores costes sanitarios.

OBJETIVO

Analizar los perfiles de interleuquinas plasmáticas (ILs) de los pacientes con EC activa y sus cambios tras inducción con IFX. Identificar perfiles de ILs con capacidad predictiva de buena respuesta a IFX.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 22 pacientes con EC (45% L1, 68% H) que han recibido la inducción con IFX (5 mg/kg sem 0,2,6) recogiendo muestra de sangre periférica (para IL) y de heces (calprotectina fecal, CF) en la semana 0, y 14. Se midió las concentraciones de ILs (IL- 1 β , -2, -6, -7, -8, -10, -12p70, -13, -17, -21, -22, -IL-23) e IF γ , TNF α y OSM en plasma mediante la tecnología Luminex. La CF mediante ELISA. La respuesta al fármaco se determinó por la clínica (Índice de Harvey, IHB) y por la caída de CF en valores logarítmicos (ln CF sem 0 – ln CF sem 14). Se utilizó el software estadístico R y el modelo predictivo Random Forest.

RESULTADOS

Las concentraciones medias de CF y el valor de IHB fueron de 880 ng/g y 6.91 y de 440 ng/g y 3.4 (pre y post-tratamiento respectivamente). Ninguna IL se correlacionó a nivel individual con la respuesta al fármaco. El análisis de correlación en global de ILs (Rho Spearman (R2); existe correlación si R2>0.4) mostró una R2=0.92 entre IL1 β e IL2, una R2=0.68 entre IL-8 y TNF α , una R2= 0.67 entre IL22 y OSM, y una R2= 0.5 con el IHB. La CF no se correlacionó

con ninguna IL. El análisis random forest mostró que una concentración elevada de IL-13 pre-tratamiento, niveles moderados de TNF α y la presencia de OSM se asocian significativamente con una mejor respuesta al fármaco.

CONCLUSIONES

Las ILs forman redes correlacionadas entre sí que apoyan su valoración en conjunto frente a un análisis individual. La IL-13 y la OSM parecen identificar a los pacientes que serán buenos respondedores, siempre con una concentración moderada de TNF- α . La pendiente de la caída de CF tras la inducción con IFX es una medida más útil para identificar al paciente respondedor que el valor cuantitativo concreto de CF.

14. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LA INYECCIÓN LOCAL DE INFLIXIMAB EN LAS ESTENOSIS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA A TRATAMIENTO MÉDICO

M.T. Giner¹, R. Benito¹, M. Alonso², J. Lizarraga², N. Maroto², M. Mora², I. Ferrer², A. Marco², M.D. Hinojosa², J. Hinojosa²

1 Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. 2 Hospital de Manises.

INTRODUCCIÓN

Las estenosis intestinales son la complicación evolutiva más frecuente de la enfermedad de Crohn (EC) con baja respuesta al tratamiento médico precisando cirugía generalmente. La disponibilidad de alternativas menos agresivas suponen una opción terapéutica a considerar. La inyección local de Infliximab podría mejorar la inflamación aguda a nivel de las estenosis, incluso con fibrosis asociada, facilitando la dilatación endoscópica y mejorando su eficacia.

OBJETIVO

Analizar la eficacia de la Inyección local de Infliximab en las estenosis de pacientes con EC, previa o como coadyuvante a la dilatación.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo, de pacientes con EC con estenosis refractaria a tratamiento médico (primaria o potscirugía) sometidos a dilatación endoscópica entre Enero 2014 a Diciembre 2017. Inyección local de Infliximab (100 mg en 20 ml de agua destilada) en la zona estenótica previo o asociado a la dilatación. La respuesta se definió como completa (RC) (Harvey <2 sin clínica oclusiva y estenosis franqueable endoscópicamente); parcial (RP) (reducción en al menos 3 puntos del Harvey respecto al basal, con mejoría de la clínica oclusiva y de la

inflamación de la estenosis aunque no pueda ser franqueada endoscópicamente); No respuesta (NR): no mejoría del paciente.

RESULTADOS

27 pacientes (H/M: 10/17). Edad media:45 años (20-70). Todos con tratamiento inmunomodulador y biológico asociado. RC 51,85%, RP 14,82% y global 66,67%, requiriendo entre 2-2,7 dilataciones por paciente (tiempo medio de seguimiento de 46,7 meses). Eficacia en el 76,9% de estenosis primaria, y en el 57,1% de estenosis postquirúrgica. El 71,43% de RC la mantienen al final del seguimiento y solo el 50% de RP obtienen la remisión en la semana 52. Al final del seguimiento el 33% de los pacientes han requerido cirugía, el 66,64% se mantienen en RC (un 27,74% % cambió de biológico). Ni el tratamiento previo con inmunomoduladores, el hábito tabáquico, el tratamiento anti-TNF ni el tipo de estenosis (postcirugía-primaria) se relacionaron con la respuesta. No se registró ninguna complicación derivada del procedimiento terapéutico.

CONCLUSION

El tratamiento (dilatación más Infliximab tópico) de las estenosis inflamatorias en la EC es eficaz y seguro.

15. INFLUENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y EL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P. López Muñoz, E. Valero Pérez, A. Garrido Marín, E. Sáez González, B. Beltrán Niclós
Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

La vitamina D ha sido recientemente reconocida por su papel inmunomodulador. Se ha descrito cómo su deficiencia actúa como factor de riesgo para enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Las reservas de vitamina D, medidas en 25(OH)D3 sérico, puede que estén asociadas a la actividad inflamatoria de la enfermedad. El estudio de esta relación es un tema de interés en la investigación clínica actual.

OBJETIVOS

Determinar la asociación de los niveles de vitamina D con los marcadores proinflamatorios y la gravedad del curso clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Analizar la progresión de la vitamina D cuando se suplementa activamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomaron datos de forma retrospectiva y longitudinal de hasta 70 pacientes con EI. Los dividimos en 3 grupos en base a los niveles de 25(OH)D3: déficit grave (<15 ng/mL), déficit moderado ($\geq 15 < 30$ ng/mL) y suficiencia (>30 ng/mL). Se recogieron hasta tres determinaciones en el tiempo de marcadores inflamatorios e índices de gravedad clínica.

RESULTADOS

Se detectó una asociación inversa de los niveles de 25(OH)D3 con calprotectina fecal (CF) ($r = -0,39$ $p < 0,001$) y proteína C reactiva (PCR) ($r = -0,28$ $p = 0,01$). Los valores de CF, caracterizados por la mediana y espacio intercuartil, fueron menores en pacientes con déficit moderado (46,2 (27-170,7) $\mu\text{g/g}$) y suficiencia de vitamina D (30,5 (27,75-79,05) $\mu\text{g/g}$) en comparación con aquellos con déficit grave (345,7 (92,0-1079) $\mu\text{g/g}$) con nivel de significación muy bajo ($p < 0,001$). Sin embargo, el fibrinógeno no se asoció de forma significativa a la vitamina D. La progresión de la vitamina D fue independiente de la suplementación oral.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre los niveles de CF y PCR respecto de vitamina D. La dosis de suplementación de vitamina D se mostró insuficiente para alcanzar niveles adecuados de vitamina D. Se precisan estudios prospectivos para determinar los cambios en el estatus inflamatorio y el efecto clínico tras una suplementación eficaz.

16. TOLERABILIDAD DEL HIERRO LIPOSOMADO ORAL COMO TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL INTOLERANTES A OTRAS FORMULACIONES CLÁSICAS DE HIERRO ORAL

A. Garrido Marín ¹, G. Bastida Paz ¹, F. Casellas Jordà ², F. Bermejo San José ³, F. Gomollón García ⁴, J. Ramos ⁵, J.M. Soares ⁶, E. Valero Pérez ¹, P. López Muñoz ¹, P. Nos Mateu ¹

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 2 Hospital Universitari Vall d'Hebron. 3 Hospital Universitario de Fuenlabrada. 4 Hospital HCU Lozano Blesa. 5 Hospital dos Capuchos. 6 Hospital Pedro Hispano.

INTRODUCCIÓN

La anemia es la complicación sistémica más frecuente en la enfermedad inflamatoria intestinal (EI). La causa suele ser mixta, tanto ferropénica por pérdidas digestivas como de trastornos crónicos. Aunque existen formulaciones intravenosas para su manejo, la mayoría de los pacientes van a tener una anemia leve y serán tratados con hierro oral. El hierro oral es un tratamiento eficaz, sencillo, barato y seguro. Sin embargo, una de sus mayores limitaciones

reside en que un porcentaje considerable de pacientes no toleran el tratamiento por sus numerosos efectos adversos. En este sentido, una formulación reciente, el hierro liposomal, podría tener algunas ventajas.

OBJETIVOS

Valorar la tolerabilidad del hierro liposomado oral (Fisiogen Ferro Forte®) en el abordaje del déficit de hierro en pacientes con EI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico observacional y prospectivo en el que se incluyeron un total de 52 pacientes intolerantes a otras formulaciones de hierro oral que fueron tratados con un comprimido diario de hierro liposomal durante 3 meses.

RESULTADOS

Del total de pacientes, el 76.1% completó los 3 meses de tratamiento frente a un 23.9% que lo abandonó antes de completar las 12 semanas. Durante el estudio se recogió el bienestar general del paciente. La tolerancia al hierro liposomal fue buena: casi la totalidad de los pacientes tuvieron una opinión buena o ligeramente por debajo de lo normal a las 4 y a las 12 semanas de tratamiento (100% y 94,28% respectivamente).

En cuanto a la calidad de vida, valorada por la puntuación CCVVEII-9, los porcentajes mejoraron desde la visita basal hasta la visita final para 3 de las 5 dimensiones del cuestionario.

Aunque el porcentaje de efectos adversos recogidos fue elevado, casi el 70% de ellos fueron de intensidad leve y solo el 7% de los pacientes abandonó definitivamente el tratamiento por esta razón. Los efectos secundarios más frecuentes fueron el cambio en la coloración de las heces (60%), diarrea (54.29%), dolor abdominal (40%), náuseas (22.86%) y sabor metálico (20.00%).

CONCLUSIONES

El hierro liposomal es un fármaco bien tolerado en pacientes con EI y debe de ser considerado como una alternativa para el tratamiento de la anemia ferropénica en aquellos pacientes que no toleran preparados clásicos de hierro oral.

17. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Boix, L. Ferrer Barceló, E. Sánchez, J. Gallego, L. García Llabata, I. Conde, I. Iranzo, M. Capilla, L. Ruiz, A. Monzó, C. Albert, A. Vallejo, J.M. Hugueta, P. Canelles, J. Sempere
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica es una condición relativamente frecuente en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). El tratamiento con hierro carboximaltosa intravenoso (FCM) se indica ante intolerancia o fracaso al tratamiento con hierro oral y de elección en anemias severas.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue determinar la efectividad del tratamiento con FCM en pacientes con EII. Objetivos secundarios fueron estudiar los parámetros que predecirían una buena respuesta al tratamiento y registrar los posibles efectos secundarios del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en nuestro centro. Se recopilaron los datos clínicos y analíticos relacionados con la EII a partir de la historia médica electrónica de 45 pacientes que fueron tratados con FCM entre enero de 2017 y marzo de 2018. Se definió anemia: Hb <13 g/dl en hombres o <12 g/dl en mujeres. Se definió ferropenia como un índice de saturación de transferrina (IST) < 20%.

RESULTADOS

Se administraron un total de 88 infusiones en 45 pacientes. La Hb media basal fue de 12,5 ± 1,5 g/dl. Los niveles de IST basales fueron de 13%. El aumento promedio en los niveles de hemoglobina de los pacientes fue después de un mes de 0,8 g / dl (6,5%), después de tres meses de 0,65 g /dl (5,2%) y después de seis meses de 1 g/dl (8,01%) respecto a la Hb basal. 31 pacientes tenían ferropenia sin anemia, en ellos la mediana del IST fue de 14% (Q1 10,6 – Q3 15,7), y el aumento de IST fue después de un mes de 10 puntos, después de tres meses de 7,5 puntos y después de seis meses de 7,3% ± 10,6 puntos respecto al IST basal. No se informaron efectos secundarios durante la infusión de hierro. El análisis univariante demostró que la normalización de los niveles de Hb tenía correlación negativa con los niveles de calprotectina previos a la infusión ($p=0,029$) y positiva con los niveles de Hb el primer mes

($p=0,002$), tercer mes ($p<0,001$), sexto mes ($p<0,001$) y niveles de hierro en el sexto mes ($p=0,05$). El análisis multivariante teniendo como objetivo la normalización de los niveles de Hb no demostró correlación entre la asociación de factores.

CONCLUSIÓN

FCM es un tratamiento eficaz y bien tolerado para la anemia por deficiencia de hierro en pacientes con EII. En más de la mitad de los pacientes se indicó la feroterapia por ferropenia sin anemia.

18. PREVALENCIA DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L.G. Muñoz ¹, J. Rodríguez ¹, E. Hinojosa ², M. Mora ², N. Maroto ², I. Ferrer ², A. Marco ², M.D. Hinojosa ², J. Hinojosa ²

1 Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. 2 Hospital de Manises.

INTRODUCCIÓN

Un tercio de los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), van a presentar manifestaciones extraintestinales inmunomediadas (MEII). La mayoría de manifestaciones ocurren tras el diagnóstico de la EII aunque un pequeño porcentaje puede preceder al mismo. Las principales MEII son de origen musculoesquelético, mucocutáneo, ocular y propias de la vía biliar. Estas manifestaciones pueden seguir un curso paralelo a la actividad de la EII, teniendo una buena respuesta al tratamiento, o ser independientes a ella.

Objetivo principal: Conocer la prevalencia de MEI en una cohorte de pacientes con EII.

Objetivos secundarios: a) estudio de la frecuencia de las MEII en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y

Colitis ulcerosa (CU), relacionándolo con las variables demográficas y clínicas; b) identificar posibles factores predictivos en el desarrollo de una MEII.

MATERIAL y MÉTODO

Se recoge en la base de datos ENEIDA a aquellos pacientes con EII que cumplen criterios de inclusión (Enero de 2009 hasta Febrero de 2018).

RESULTADOS

75 pacientes presentaron al menos una MEII de los 722 que conforman la base de ENEIDA, lo que supone un 10'41% de los pacientes.

La Sacroileitis es más prevalente en el estudio en pacientes con EC (p:0'05), mientras que el Piodrema gangranoso fue más prevalente en pacientes con CU (p:0'03).

La Artropatía periférica Tipo 1 es la única manifestación del estudio que se asoció con la actividad de la EII [3,37(1'23-9'20) (p:0'015)]. Por otro lado, la Sacroileitis [0'27(0'07-0'98) (p:0'039)] y Espondilitis anquilosante [0'10(0'01-0'88) (p:0'014)] no mostraron relación con la actividad de la EII. En el resto de manifestaciones los resultados no fueron significativos.

CONCLUSIONES

Las MEII más frecuentes fueron las articulares concretamente las Artritis periféricas Tipo I seguidas por las mucocutáneas tanto en la EC como en la CU

- Las MEII fueron más prevalentes en mujeres y en pacientes con EC con comportamiento inflamatorio (B1) y CU extensa (E3).
- En nuestra serie la Sacroileitis se asoció con la EC, mientras que el Pioderma gangrenoso se hizo con la CU.
- Hemos encontrado correlación entre la La Artropatía Periférica Tipo I y la actividad de la enfermedad.
- No se han identificado factores predictivos que se relacionen de forma significativa con el desarrollo de las MEII.

1. LA HIPERURICEMIA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA PUEDE IMPLICAR MAYOR PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD HEPÁTICA EN NUESTROS PACIENTES

M. Latorre, A. Vallejo, L. González, L. García Llabata, J.J. Urquijo, C. Alventosa, M. Diago
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La hiperuricemia se ha relacionado con la resistencia a la insulina existente en el síndrome metabólico frecuente en pacientes con esteatosis hepática. El ácido úrico (AU), aunque puede tener capacidad antioxidante a nivel extracelular, dentro de los adipocitos, células musculares lisas y endoteliales tiene efectos perjudiciales (inhibición del NO, inflamación, agregación plaquetaria).

OBJETIVO

Valorar si los pacientes con hiperuricemia tienen mayor afectación de la enfermedad hepática (fibrosis e inflamación en los datos de biopsia).

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados mediante biopsia de enfermedad hepática por hígado graso de nuestro centro pertenecientes a la corte Hepamet, valorando características epidemiológicas, clínicas, analíticas (ácido úrico, triglicéridos, Glucemia, Colesterol Total, LDL-C y HDL-C, HOMA-IR, INR, Albumina, Bilirrubina total, ALT, plaquetas) y biopsia hepática con Nash score y fibrosis según escala Metavir. Se define hiperuricemia (> 5,5 mg/dL en mujeres o 6,5 mg/dL en hombres)

Análisis estadístico: Media±SD y mediana, de las variables cuantitativas y frecuencias para datos cualitativos. Análisis univariante para estudiar la asociación de la hiperuricemia con las variables dependientes y las demás variables de estudio.

RESULTADOS

De los 67 pacientes incluidos, el 52% eran hombres y un 46% mujeres, con una edad media de 49.6%±/ - 12.7 años. El 65% tenían cifras de glucemia elevadas (>110 mg/dl) y un 41% con un IMC >30. Un 40% (26) tenían síndrome metabólico asociado y presentaban hiperuricemia 32% (22) de los que 6 eran mujeres. Los resultados analíticos son: TRIGLICERIDOS (ml/dl) 171±/ -90.41, COLESTEROL TOTAL (ml/dl) 198±/ -40.22, HOMA-IR 4.21±/ -2.99, INR 0.97±/ -0.07, ALBUMINA (g/dl) 4.3±/ -0.33, PLAQUETAS (K/L) 249.4 ± 73.38, BILIRRUBINA (mg/dl) 0.8±/ -0.6, ALT (U/L) 55±/ - 15, NAFLD FIBROSIS SCORE -0.4±/ -1.56.

Los resultados de biopsia: NASH score >3 en 51 paciente (76.11%) y fibrosis avanzada 13 pacientes (19%).

Se ha realizado un análisis univariante entre hiperuricemia con respecto al grado de fibrosis (p 0.11), NALFD fibrosis score (0.05) y NASH score (p0.069) con resultado negativo.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, los altos niveles de ácido úrico no se relacionan con altos grados de fibrosis ni con elevado índice de NASH score en biopsia.

2. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELÍACA

C. Albert Antequera, M. Luján Sanchis, I. Bort Pérez, C. Boix Clemente, L. García Llabata, J. Gallego Sánchez, E. Sánchez Ramos, A. Vallejo Antolín, V.M. García Lorenzo, J.D. Prieto Climent, L. Ruiz Sánchez, I. Iranzo González-Cruz, J.M. Huguet Malavés, P. Canelles Gamir, J. Sempere García-Argüelles

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) se diagnostica mediante criterios clínicos, histológicos y serológicos. Existe una proporción de pacientes con datos discordantes que precisan estudio genético y/u otras pruebas.

OBJETIVOS

Analizar la utilidad diagnóstica, impacto terapéutico y seguridad de la cápsula endoscópica (CE) en los pacientes con sospecha de EC (SEC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico y retrospectivo del resultado de las CE realizadas entre enero 2008 - agosto 2018, en pacientes seronegativos (sin déficit de IgA), con clínica/analítica compatible y biopsias duodenales. Se dividieron en 3 grupos: G1 (HLA+, Marsh >3), G2 (HLA+, Marsh 0-2) y G3 (HLA - o no determinado, Marsh 0-3b).

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes con edad media 47 años (32-60), 66.7% mujeres: G1 (n=6, 22.2%), G2 (n=15, 55.6%) y G3 (n=6, 22.2%). Presentaban síntomas compatibles 41% (n=11), ferropenia 18% (n=5) o ambas 41% (n=11). HLA DQ2/DQ8 (positivo n=21, negativo n=3 y no realizado n=3).

Todas las CE se realizaron sin incidencias. El estudio de intestino delgado fue completo en el 89%. Una se situó en duodeno con gastroscopia por negación a su deglución. Se realizó test de permeabilidad intestinal en 3 pacientes (11%) por SEC+ E. Crohn asociada. Se encontraron hallazgos patológicos en 14 (53%). Se visualizó atrofia en 9 pacientes (duodenal en 7: uno G1, cuatro G2, dos G3; y difusa en dos G1). Se hallaron erosiones en 8: duodenal en tres de G2, ileal en uno de G2, yeyunoileal (uno de G1 y dos de G2) y difusa en uno de G3.

La CE motivó nuevas exploraciones en 8 pacientes: intolerancia lactosa, sobrecrecimiento bacteriano (SCB), ileocolonoscopia, test aliento *Helicobacter Pylori* (HP), estudio de heces. Hubo un impacto diagnóstico en todos los pacientes. En 16 (59,3%) se confirmó EC (5 G1, 9 G2 -1 asociaba Crohn y otro SCB-, dos G3). En 11 (40,7%) se descartó EC: 2 sensibilidad al gluten no celiaca-SGNC- (uno G2 y otro G3), 1 intolerancia a lactosa (G3) y 1 infección HP (G2) y 7 sin patología orgánica.

Se pautó DSG en 18 (66,7%): todos los celíacos y 2 por SGNC.

CONCLUSIONES

En los casos dudosos de EC, la CE ofrece una elevada rentabilidad diagnóstica. Es un procedimiento seguro que conlleva cambios en el manejo terapéutico de todos los pacientes y ayuda en el diagnóstico diferencial.

3. ENTEROPATÍA “SPRÚE-LIKE” (ESL) POR ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II ¿UN EFECTO DE CLASE?: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS EN UN ÚNICO CENTRO

E. Valero Pérez, P. López Muñoz, A. Garrido Marín, A. del Val Antoñana
Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

En 2012 Rubio-Tapia describió una entidad clínico-patológica similar a la celiaquía relacionada con el consumo de olmesartán (ESLO), antagonista de la angiotensina II (ARA-II) utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial. En los últimos años, se han publicado numerosos casos o series de casos de ESLO, pero se considera que su aparición con otros ARA II es muy rara.

OBJETIVO

La descripción de 23 casos que cumplían criterios clínicos e histológicos de ESL en pacientes hipertensos tratados con ARA-II.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre septiembre de 2012 y junio de 2018 se registraron en nuestra Unidad todos los casos de ESL relacionados con diferentes ARA-II. Todos los casos fueron seguidos en una misma consulta hasta su alta.

RESULTADOS

La edad media fue de 72.65 ± 9.68 años, con una media de tratamiento de 33.45 ± 23.22 meses. El 100% de los pacientes presentaron diarrea acuosa y el 91.3% pérdida de peso. El 78.26% precisó ingreso hospitalario y de ellos el 43.5% presentó insuficiencia renal aguda con criterios de prerrenalidad. En casi la totalidad de los mismos se observó acidosis metabólica con trastornos hidroelectrolíticos tipo hipopotasemia y parámetros de desnutrición como hipoalbuminemia.

Los ARA-II implicados fueron: olmesartán (n=19), valsartán (n=2), telmisartán (n=1) y eprosartán (n=1). La biopsia inicial detectó atrofia vellositaria (AV) severa en 3 pacientes, moderada en 9 y leve en 8. Se observó LIE en 19. El 100% de los pacientes experimentó remisión clínica tras la retirada del ARA-II. De los 10 pacientes a los que se realizó biopsia tras retirada del fármaco se objetivó recuperación histológica en 7 con una media de 5.2 ± 1.1 meses.

CONCLUSIÓN

La ESL debe sospecharse en todo paciente con diarrea crónica acuosa en tratamiento con cualquier ARA II. La suspensión del medicamento conduce a una rápida mejoría clínica y a una lenta recuperación histológica. La ESL podría estar en relación con el grupo farmacológico y no solo ser un efecto adverso específico del olmesartán.

4. EFICACIA DEL RETRATAMIENTO TRAS FALLO AL TRATAMIENTO INICIAL CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN HEPATITIS CRÓNICA C

L. García Llabata, J.J. Urquijo Ponce, C. Alventosa Mateu, J. Gallego, A. Vallejo Antolín, M. Latorre Sánchez, L. González González, M. Diago Madrid

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los antivirales de acción directa (AAD) frente a la infección por VHC presentan altas tasas de respuesta viral sostenida (RVS). Pero existen todavía fallos al tratamiento inicial, principalmente por aparición de resistencias. El rescate terapéutico se realiza con combinaciones de antivirales complementarias a las iniciales.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de estos retratamientos en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con fallo a tratamiento inicial con AAD ± interferon pegilado (IFNp) (n=61).

RESULTADOS

De 1050 pacientes tratados con antivirales 61 pacientes han presentado fallo de tratamiento: 39 tratados con inhibidores de proteasa como AAD+IFNp+ribavirina (RBV) y 22 exclusivamente con AAD.

Del grupo de AAD+IFNp, 77% eran hombres, edad media de 59, todos caucásicos excepto un subsahariano. El 72% eran genotipo 1b y el 46% presentaban un grado F4 de fibrosis (previo al tratamiento). El 69% (27) fueron tratados inicialmente con IFNp+RBV+telaprevir; el 15% (6) con IFNp+RBV+simeprevir (SMV); el 13% (5) con IFNp+RBV+faldaprevir el 3% (1) con IFNp+RBV+boceprevir. La pauta utilizada para el retratamiento fue sofosbuvir (SOF) + ledipasvir (LDV) en el 72% (28), SOF+SMV en el 26% (10) y EBR+GZR en el 2% (1); asociando RBV en el 64%. 9 pacientes presentaron efectos adversos durante el retratamiento, de carácter leve o moderado. Se obtuvo RVS en el 85%. Destacar que el 10% de los casos tuvieron resistencia al retratamiento y hubo 2 pérdidas de seguimiento.

En el grupo de AAD (22) el 82% eran hombres, con edad media de 59, todos caucásicos. El 59% eran genotipo 1b, el 23% genotipo 3 y sólo el 5% genotipo 4; un 89% eran F4.

Los regímenes iniciales más utilizados fueron SOF+LDV±RBV en el 36% (8), SOF+DAC en el 22% (5). El 32% presentó efectos adversos, de carácter leve, excepto tres pacientes con CHC. El retratamiento utilizado fue SOF+velpatasvir+voxilaprevir en el 41% (9) y SOF+SMV el 18% (4), durante 12 sem en el 82% de los casos. Tenemos datos de 21 pacientes, obteniéndose RVS en 20 (95%).

CONCLUSIONES

Las actuales combinaciones de tratamiento para la hepatitis crónica C, tras fallo inicial a AAD, alcanzan tasas de RVS cercanas al 100%, con escasas reacciones adversas.

5. PSICOFÁRMACOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

E. Hinojosa ¹, M. Mora ¹, M. Capilla ², J.M. Huguet ², P. Canelles ², J. Hinojosa ¹
1 Hospital de Manises. 2 Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno crónico que cursa a brotes pudiendo afectar a la calidad de vida de los pacientes. El estrés mantenido afecta a la función protectora de la mucosa intestinal como consecuencia de un incremento en la producción de citocinas INF-gamma por parte de los linfocitos T CD4. Los pacientes con EII han demostrado presentar una incidencia aumentada de trastornos ansioso-depresivos que pueden afectar al curso de su enfermedad.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de uso de antidepresivos y ansiolíticos en una cohorte de pacientes con EII, así como valorar posibles factores relacionados con el uso de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron un total de 350 pacientes extraídos de forma aleatoria de nuestra base de datos de EII (ENEIDA). Se estudió la frecuencia de uso psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos) durante el último año de evolución para cada paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 414 pacientes de los cuales 128 (31%) llevaban tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y/o combinación de estos. Edad: 45 años

(rango: 16-90 años). Tiempo evolución de la enfermedad: 14 años (rango: 1-47 años). Sexo: 41% hombres / 59% mujeres. 54% de pacientes EC, 39% de pacientes con CU, y 7% Colitis Indeterminadas. El 41% de los pacientes con psicofármacos había sido intervenido. Un 36% presentaba enfermedad perianal asociada. Un alto porcentaje (42%) de los 128 pacientes llevaban tratamiento combinado con varios fármacos. Los antidepressivos más utilizados fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

CONCLUSIÓN

A pesar de ser un estudio observacional con una N reducida destaca que un alto porcentaje de pacientes con EI lleva tratamiento con fármacos psicoactivos, siendo frecuente la combinación de estos. El uso de psicofármacos es más frecuente en los pacientes intervenidos y en los afectos de enfermedad perianal.

6. PAPEL DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA SOSPECHA DE CELIAQUÍA COMPLICADA

C. Albert Antequera, M. Luján Sanchis, I. Bort Pérez, C. Boix Clemente, L. García Llabata, E. Sánchez Ramos, A. Vallejo Antolín, J. Gallego Sánchez, J.D. Prieto Climent, V.M. García Lorenzo, I. Conde Amiel, J.M. Huguet Malavés, P. Canelles Gamir, J. Sempere García-Argüelles
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La cápsula endoscópica (CE) permite la visualización completa, directa y no invasiva de la mucosa del intestino delgado y se recomienda en el estudio de la enfermedad celíaca complicada (ECC).

OBJETIVO

Analizar la utilidad y seguridad de la CE en la sospecha de ECC.

MÉTODO

Estudio retrospectivo de las CE realizadas por ECC entre 1/2008-8/2018 en nuestro centro. Se dividieron, según la sospecha en la solicitud, en dos grupos: G1 por signos de alarma (SA) y G2 no respuesta a la dieta sin gluten (NR-DSG). Se excluyeron si seguimiento <1 año o sin claro diagnóstico de EC.

RESULTADOS

Se analizaron 38 pacientes, edad media 41 (30-48), 71% mujeres, 8 del G1 (21,1%) y 30 del G2 (78,9%)

Antes de la CE presentaban: 18 ATG+(47%); 19 HLA+(50%), 2 HLA-(5%); biopsias: Marsh 0-2 (6), 3A(16), 3B(7) y 3C(9); 21 clínica digestiva (55%), 8 ferropenia (21%), 8 ambas (21%), 1 ninguna y 2 sospecha de Crohn asociada. Según los criterios de Fasano y Catassi, 20 (52.6%) pacientes cumplían 4 de 5, 16 sin HLA (42.1%) 3 de 4 y 2 (5.3%) eran HLA-.

La gastroscopia previa a la CE mostró atrofia duodenal (D) en 17 (45%) y erosiones D en 1. Se realizó cápsula Patency en 16 (42%), siendo normales. No hubo complicaciones.

Hubo hallazgos patológicos en 29 pacientes (76%). En el G1: atrofia (3D, 3 duodenoyeyunal-DY- difusa), enteropatía erosiva (1D y 2 yeyunoileal -YI), y 1 sin hallazgos. En el G2: atrofia (13 D, 4 DY difusa y 1 parcheada) y enteropatía erosiva (1D, 3DY, 1Y, 1 ileal, 1 YI y 3 difusa). No hubo diferencias significativas entre G1 y G2. La CE motivó la realización de más pruebas en 18 (47%): gastroscopia en 14 (37%) con Marsh 0(3), 1(2), 2(2), 3A(4), 3B (2) y 3C(1) y otras (enteroscopia, test HP e intolerancias, estudio heces).

Finalmente se diagnosticaron 4EC refractarias tipo I (2G1- 1asoció sprúe colágeno- y 2 G2); 7 EC de G2 asociada a: 2Crohn, 1giardiasis, 1déficit IgA, 1colitis colágena (CC), 1HP y 1Crohn+CC; y 2 de G2 con infección HP descartándose EC.

Se insistió en la DSG en 36 (95%), se retiró en 2 y se pautaron nuevos tratamientos en 8: hierro(1), azatioprina(2), erradicación HP(2), adalimumab(1), budesonida(1) y corticoides(1).

CONCLUSIONES

La CE tiene una elevada rentabilidad diagnóstica en la sospecha de ECC tanto en NRDSG como en SA. Es una técnica segura que modifica el manejo terapéutico de la mayoría de estos pacientes y ayuda a diagnosticar otras enteropatías asociadas.

7. ANEURISMA DE VENA PORTA TRATADO MEDIANTE COLOCACIÓN DE TIPS: CASO CLÍNICO

M.R. Davis González, E. Romero González, J. Tosca i Cuquerella, C. Suria Bolufer, A. Sánchez Pardo, J. Guijarro, P. Lluch, I. Pascual, F. Mora
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Antecedentes personales

Hombre de 70 años, con antecedente de ingesta de alcohol de unos 15 g/día desde hace décadas y síndrome metabólico.

Enfermedad actual

El paciente fue remitido a consultas externas por hepatomegalia y elevación de transaminasas. Nunca había presentado síntomas sugestivos de enfermedad hepática ni episodios de dolor abdominal. A la exploración destacaba una hepatomegalia de 2 cm. Se le realizó elastografía hepática, cuyo resultado fue de 16,9 KPa; en la ecografía abdominal se identificó una lesión quística de 3 cm de diámetro, esteatosis hepática y esplenomegalia. Se completó el estudio con TC y RMN abdominal, confirmando que dicha lesión quística era más bien una dilatación aneurismática de la rama portal derecha de 33 mm de diámetro. La endoscopia evidenció varices esofágicas de pequeño tamaño. El paciente fue diagnosticado de enfermedad hepática crónica avanzada, con hipertensión portal clínicamente significativa y complicada con un aneurisma de vena porta.

Tratamiento

Dado su tamaño, se decidió tratamiento del aneurisma portal mediante derivación portosistémica transyugular intrahepática (TIPS), reduciéndose el gradiente de presión porta-suprahepática de 17 a 12 mmHg. El paciente presentó encefalopatía hepática resuelta tras tratamiento con rifaximina. A los 6 meses una RMN comprobó la reducción significativa del tamaño del aneurisma a 9 mm; una ecografía realizada doce meses después ya no identificó el aneurisma. El paciente sigue asintomático.

8. OTRAS CAUSAS DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A. Garrido Marín, E. Valero Pérez, P. López Muñoz, M. García Campos, M. Prieto Castillo
Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

El ciclo de la urea (CU) es un conjunto de reacciones metabólicas cuya función fundamental es la eliminación del exceso de nitrógeno. El CU tiene lugar en el hígado por lo que las enfermedades del CU (ECU) pueden ser consideradas enfermedades hepáticas. El síntoma principal son las crisis de hiperamonemia. Aunque el debut suele ser neonatal, existen raras formas de presentación adulta donde predominan los síntomas psiquiátricos y las alteraciones del comportamiento, y donde solo una elevada sospecha diagnóstica puede evitar fatales consecuencias.

OBJETIVOS

Analizar y describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso de insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) por ECU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 19 años que tras clínica de un mes de evolución de dolor abdominal y vómitos ingresa en Medicina Interna por ictericia, coagulopatía y alteración del comportamiento con sospecha de Enfermedad de Wilson. A las pocas horas de ingreso el paciente sufre un brusco deterioro del nivel de conciencia que precisa traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Durante su ingreso se objetiva una IHAG con marcada hiperamonemia. Tras descartarse etiología autoinmune, infecciosa y de enfermedad por depósito se realiza biopsia hepática transyugular sin hallazgos.

Tras mejorar progresivamente el paciente pasa a planta de Hepatología donde persiste con vómitos y dolor abdominal. Diez días más tarde sufre un nuevo episodio de IHAG que obliga a su traslado a UCI e inclusión en código 0 de trasplante hepático. La persistencia de hiperamonemia sin acidosis metabólica en presencia de IHAG inician la sospecha de ECU. Se realizan estudios de ácidos orgánicos y aminoácidos sin embargo la tórpida evolución del paciente hace que finalmente se lleva a cabo el trasplante.

RESULTADOS

La pieza de explante mostró una extensa necrosis isquémica y el estudio genético realizado confirmó la presencia de ECU por déficit de ornitina transcarbamilasa. El trasplante en estos casos es una opción curativa y el paciente se ha recuperado satisfactoriamente tras el mismo.

CONCLUSIONES

La afectación hepática por ECU es muy variable pero puede ser potencialmente mortal. La mayoría de estos cuadros son tratables. Una alta sospecha diagnóstica es crucial en estos casos para evitar el trasplante y con ello la inmunosupresión crónica de los pacientes.

9. EVALUACIÓN DEL CIRCUITO RÁPIDO ONCOLÓGICO DIGESTIVO

C. Albert Antequera, P. Canelles Gamir, J.M. Huguet Malavés, C. Boix Clemente, E. Sánchez Ramos, A. Monzó Gallego, I. Bort Pérez, J. Gallego Sánchez, L. García Llabata, L. Ruiz Sánchez, I. Conde Amiel, A. Vallejo Antolín, V.M. García Lorenzo, J.D. Prieto Climent, L. Ferrer Barceló, J. Sempere García-Argüelles

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La Conselleria de Sanitat propuso en 2016 unos criterios de derivación para circuitos de diagnóstico rápido en oncología (CRO). En el último año se ha creado en nuestro centro una

nueva consulta donde se atienden los pacientes, remitidos desde médico de atención primaria y revisados por el Servicio de Oncología, que cumplen dichos criterios con el fin de priorizar su estudio.

OBJETIVO

Evaluar los motivos de derivación y los resultados de los estudios realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo con revisión de pacientes derivados a digestivo mediante CRO entre enero-septiembre/2018. Se analizó la cumplimentación de los criterios de derivación y se contrastó con el diagnóstico final. Criterios de derivación a CRO digestivo contemplados en Abucasis:

1. >40 años y rectorragia de sangre oscura con cambio en ritmo intestinal (CRI) con deposiciones más blandas y frecuentes durante ≥ 6 semanas.
2. >60 años y rectorragia de sangre oscura.
3. >60 años con CRI con deposiciones más blandas y frecuentes ≥ 6 semanas.
4. Anemia ferropénica inexplicada y hemoglobina ≤ 10 g/dl.
5. Masa abdominal en cuadrante inferior derecho.
6. Masa rectal palpable en el tacto rectal.
7. Disfagia junto a cuadro constitucional.

RESULTADOS

De los 30 pacientes derivados como CRO, sólo 16 (53,3%) cumplían alguno de los criterios de derivación. En este grupo, la edad media fue de 71 años (DE13), siendo el 68.8% mujeres. 3 pacientes cumplían el Criterio 1 (18.8%), 9 el 3 (56.3%), 3 el 4 (18.8%) y 1 el 7 (6.3%).

Tras la realización de las pruebas solicitadas, en 3 pacientes (18.8%) se descartó patología digestiva, 5 (31.3%) presentaban patología digestiva benigna y 4 (25%) patología digestiva maligna. Entre estos últimos, dos pacientes cumplían el criterio 3 y dos el 4. Tres pacientes se diagnosticaron de adenocarcinoma de colon (2 en E-IV, 1 E-T3aN0M0) y un paciente de colangiocarcinoma E-IV, que cumplía el criterio 4 y asociaba alteración de la función hepática.

CONCLUSIONES

Solo la mitad de los pacientes derivados a nuestra consulta mediante CRO presentaban alguno de los criterios de derivación contemplados en Abucasis, y de ellos, se diagnosticó patología

maligna en el 25%, todos en estadio avanzado.

Aunque consideramos útil la implementación de un circuito rápido oncológico ambulatorio, se deberían revisar los criterios de derivación para optimizar el rendimiento de dichas consultas.

10. COLITIS INMUNOMEDIADA SECUNDARIA A IPIILIMUMAB

Iranzo, J.M. Huguet, L. Ferrer Barceló, L. Ruiz, P. Suárez, A.B. Durá, I. Bort, P. Canelles, J. Sempere
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La colitis inmunomediada, asociada al uso de anticuerpos anti-CTLA-4, es una entidad emergente. La clínica de presentación suele ser una diarrea sanguinolenta asociada o no a dolor abdominal difuso. Las lesiones endoscópicas más habituales son la úlcera y la erosión, sobre una mucosa edematizada. La localización más frecuente es el colon sigmoide y la afectación segmentaria es la más frecuente.

Es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial frente a infecciones, progresión de la enfermedad tumoral, y también frente a la enfermedad inflamatoria intestinal. Para un diagnóstico definitivo es necesario la toma de biopsias.

En cuanto al tratamiento incluye entre otros a los corticoides sistémicos, pudiéndose requerir en algunos casos terapia biológica con infliximab.

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años diagnosticado de melanoma localizado tras exéresis de lesión cutánea en miembro inferior derecho en Junio de 2009. Tras 6 años libre de enfermedad, en Abril 2015, presenta nódulo excrecente compatible con metástasis cutánea de melanoma maligno epiteloide. Se realiza nueva exéresis amplia de la lesión e injerto cutáneo, recibiendo además el paciente dos líneas de tratamiento con quimioterapia. En Octubre 2017, presenta nueva progresión local y sistémica (metástasis ganglionares y hepáticas); por lo que el paciente se somete a perfusión aislada del miembro con melfalan e inicio de ipilimumab.

A las 6 semanas del inicio de ipilimumab, el paciente presenta cuadro clínico de diarrea sanguinolenta (más de 10 deposiciones al día) sin anemia y dolor abdominal difuso. Se realiza una colonoscopia que objetiva desde 25cm de margen anal una mucosa de aspecto granular, edematizada con punteado blanquecino y úlceras superficiales cubiertas de moco y fibrina (fotos). Se toman biopsias con resultado de cambios inflamatorios de la lámina propia. Se realiza estudio de heces con cultivo, determinación de toxina de clostridium difficile y parásitos, así como serologías sanguíneas descartándose causa infecciosa.

Tras sospecha clínica de colitis inmunomediada se inicia tratamiento con metilprednisolona endovenosa, presentando el paciente mejoría clínica cediendo la diarrea y el dolor abdominal.

CONCLUSIONES

En todo paciente con diarrea y/o dolor abdominal que haya sido tratado previamente con anticuerpos anti-CTLA-4 deberá evaluarse la posibilidad de colitis inmunomediada.

11. HEPATITIS GRANULOMATOSA POR 5ASA EN UNA PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

M. Fernández Sánchez, L. Madero Velázquez, M.D. Arjona Muñoz, M.F. García Sepulcre, M.D. Picó Sala, J.C. Barreras, P. Calvo, L. Buendía Sánchez, E. Pérez Rabasco, E. Girona Torres, N. Jiménez, I. Pascual, J. Sáez, F. Uceda, F.J. Solavera, J. Barragán
Hospital General de Elche.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con EI presentaban riesgo de desarrollo de hepatotoxicidad. Determinados fármacos usados en su tratamiento pueden inducir daño hepático (sulfasalazina, mesalazina, tiopurínicos, metotrexato o anti TNF α). Es preciso descartar otros procesos asociados (colangitis esclerosante primaria o la hepatitis autoinmune). Es necesario un exquisito diagnóstico diferencial y abordaje.

CASO CLÍNICO

Mujer 44 años, Colitis Ulcerosa E2, inactiva, tratada con mesalazina MMX 2,4 g/día. Casi siempre una GGT de 76 aislada. Una vez positivizó los ANA a título +1/40. Después siempre ANA, ASMA, AMA, pANCA, antianhidrasa carbónica IgG4 negativos. Siempre la IgG elevada, policlonal. Tenía una colangio RMN 2011 normal, que descartaba colangitis esclerosante primaria. Desde diciembre 2017 eleva discretamente GOT 47, GPT 40 GGT 101 y FA138. Bil total normal. Serología viral negativa. Repetimos la colangio RMN que muestra una vía biliar intra y extrahepática normal, pero se visualiza un efecto masa de 5 cm en lóbulo hepático izquierdo. En ecografía y TC no se visualiza la LOE descrita, pero sí un área heterogénea hepática en lóbulo izquierdo con adenopatías perihiliares y adenopatía precava. Se biopsió esa área heterogénea. Resultado: Hepatitis granulomatosa.

DISCUSIÓN

La elevación de enzimas hepáticas en la EI puede deberse a una gran variedad de factores desde efecto tóxico de los fármacos empleados en su tratamiento hasta enfermedades

hepatobiliares que se asocian a EI. La sulfasalazina y en particular su fracción sulfapiridina ha sido responsable de la mayor parte de los efectos adversos del fármaco (reacciones de hipersensibilidad, neutropenia, urticaria y hepatitis). La mesalazina solo de forma muy excepcional puede producir urticaria, neumonitis o hepatitis. La incidencia estimada de hepatitis tóxica es de 3,2 casos/ millón de prescripciones. El mecanismo de hepatotoxicidad se desconoce, pero se atribuye a fenómenos de hipersensibilidad o de idiosincrasia producidos por la generación de tóxicos intermediarios del AAS y el glucurónido salicil-fenólico. Nuestro caso fue una hepatitis granulomatosa. Se trata de una entidad enigmática, que afecta más a Enf. Crohn, con afectación colestásica y la presencia de granulomas no caseificantes en la biopsia hepática. La retirada del tratamiento con mesalazina MMX produjo mejoría y normalización imagenológica.

12. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES, FACTORES DE ETIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CAVERNOMA PORTAL NO CIRRÓTICO

M. García Campos, V. Aguilera Sancho-Tello, N. García Morales, M. García Eliz, M. Berenguer Haym, M. Prieto Castillo

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

La cavernomatosis portal (CV) sobre hígado no cirrótico es la evolución natural de la Trombosis portal extrahepática no resuelta. En ocasiones se puede identificar un factor etiológico.

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes seguidos en régimen ambulatorio por CV sobre hígado no cirrótico.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se recogieron los pacientes de 2011 a 2018 con diagnóstico de CV sin cirrosis. Se recogieron datos demográficos, forma de presentación, datos analíticos, etiología, complicaciones y tratamiento.

RESULTADOS

Se analizaron 38 pacientes (50% mujeres). Edad media al diagnóstico: 33 años (rango 0-77) con una media de seguimiento de 13 años (0-42). En la mayoría el diagnóstico fue en fase de CV establecido. El motivo de diagnóstico fue: HDA n=17, 45%; hallazgo incidental, n=11, 29%;

dolor abdominal, n=10, 26%. Los parámetros analíticos al diagnóstico (GOT, GPT, creatinina, GGT, albúmina, bilirrubina, plaquetas e INR) estaban en rango de normalidad. El hallazgo radiológico más frecuente fue la esplenomegalia (n=19, 50%). Un factor local pudo identificarse en 15 (39.5%) pacientes y en 18 (47.4%) pacientes se identificó un factor sistémico (Hereditarios: n=3, adquiridos: n=9, otros, n=9). En 12 pacientes (31.5%) no se encontró factor etiológico.

En 7 (18.4%) hubo dos o más factores. En la evolución: 29 pacientes (76.3%) desarrollaron varices esofágicas, de los cuales 17 (44.7%) presentaron HDA por HTP, 8 (21%) desarrollaron ascitis, 7 pacientes desarrollaron varices gástricas y 10 progresaron a cirrosis por criterios ecográficos o elastográficos. Se anticoaguló a 17 (44.7%) pacientes y en 10 pacientes se realizó cirugía de la HTP. Los valores de elastografía en el seguimiento fueron de 6.9Kpa (3.7-21.3, mediana 4,8). Cinco pacientes fallecen el seguimiento y 1 paciente fue trasplantado (TH). Al comparar los pacientes con mala evolución (exitus, cirrosis o TH) frente a buena únicamente la HDA durante la evolución se asoció con peor pronóstico ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con CV sobre hígado no cirrótico son diagnosticados de forma casual por imagen o tras HDA. En el 70% de los casos se identifica un factor etiológico. Ninguna de las características basales predice una peor evolución. En el seguimiento, la HDA se asocia con peor pronóstico por lo que un adecuado control de la HTP es fundamental.

13. APLICACIÓN DE TICS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA: ADSUM

M. Mora Escrig, L. Oltra Camps, E. Hinojosa del Valle, N. Maroto Arce, I. Ferrer Bradley, J. Hinojosa del Val
Hospital de Manises.

INTRODUCCIÓN

Actualmente estamos sumergidos en una nueva “revolución tecnológica” la era 2.0. En el campo de la medicina empiezan a ser comunes términos como “telemedicina”, “e-paciente”, “e-Health”, APP de Salud, TICS (Tecnología de la Información y Comunicación aplicada a la Salud). En este entorno empiezan a surgir las primeras webs o blogs específicos de salud que permiten al paciente compartir con cualquier profesional sanitario información sobre su salud desde cualquier parte del mundo.

En Unidad desde 2012 hemos ido desarrollando herramientas útiles para estar en contacto con el paciente a tiempo real, le denominamos en un principio “el médico a un click”. Comenzamos creando uno de los primeros Blogs especializados en la EII, un mail centralizado donde el paciente pudiese estar en contacto con su médico y nuestra última herramienta ha sido la creación de una APP (ADSUM) que nos permite conocer a tiempo real como se encuentra el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

ADSUM es una plataforma web y APP móvil mediante la cual se pretende mejorar el intercambio de información entre médico y paciente.

RESUMEN/OBJETIVOS

El objetivo principal de ADSUM es poder mejorar el intercambio de información de una forma fácil y eficiente tanto para el facultativo como para el paciente.

La plataforma web nos permite acceder a un calendario de tareas desde el cual se puede visualizar por parte de los facultativos la agenda semanal, las tareas pendientes y el estado actual del paciente. Al paciente la plataforma le permite visualizar su propio calendario de tareas pendientes, revisión de su estado de salud mediante cuestionarios y mensajería personal cifrada con su médico responsable. Asimismo, el paciente tiene acceso a una APP (actualmente Adroid) desde la que gestionar de forma intuitiva las tareas previas a la siguiente visita.

CONCLUSIÓN

Con la ayuda de las TICS, en nuestro caso ADSUM, se pretende mejorar la relación entre médico y paciente con un intercambio de información fluido que quede registrado en la historia clínica informatizada pudiendo así ahorrar tiempo y recursos y mejorando la calidad asistencial.

14. MIGRACIÓN DE STENT METÁLICO AUTOEXPANDIBLE DE POSICIÓN LUMINAL Y EXTRACCIÓN MEDIANTE COLONOSCOPIA

P. Besó Moreno, A. López Serrano, A. Polanco, A. Pascual, M.J. Suárez, A. Algarra, J. Hervás
Hospital Universitari Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

Los stents metálicos autoexpandibles de posición luminal (LAMS) están indicados para el drenaje digestivo de colecciones pancreáticas, pudiendo presentar eventos adversos como son

la migración, la perforación, el sangrado y la obstrucción. Presentamos un caso de migración de LAMS que tuvo que ser retirado mediante colonoscopia.

ENDOSCOPIA

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés que presenta una pancreatitis aguda necrotizante de origen biliar con múltiples colecciones peripancreáticas. A las 5 semanas de evolución se detecta un pseudoquiste de 95mm de diámetro máximo sintomático, y se decide realizar ecoendoscopia con quistogastrostomía y colocación de LAMS, que se complica con hemorragia digestiva autolimitada (imagen 1), y sepsis con obstrucción de la prótesis, resuelta endoscópicamente (imagen 2).

Posteriormente se objetiva adecuada evolución del pseudoquiste, con migración espontánea de la LAMS y reaparición del mismo más tarde, que obliga a nueva quistogastrostomía, esta vez con colocación de dos prótesis “pig-tail”. La LAMS requirió extracción endoscópica por ausencia de progresión desde sigma (imagen 3). Además, la paciente presenta un síndrome de desconexión del conducto de Wirsung (CPRE-CPRM) con buena evolución clínica tras extracción de prótesis “pig-tail”.

La paciente está pendiente de endoscopia digestiva baja de control para valorar el área que retuvo la prótesis.

COMENTARIOS/CONCLUSIONES

La LAMS migrada puede quedar alojada en colon, por lo que es necesario su pronta detección y/o seguimiento estrecho.

15. CORRELACIÓN DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ESTUDIO DE LA DISFAGIA

C. Boix Clemente, C. Albert Antequera, M. Luján Sanchis, I. Bort Pérez, J. Gallego Sánchez, L. García Llabata, E. Sánchez Ramos, A. Vallejo Antolín, P. Canelles Gamir, A. Monzó Gallego, J. Sempere García-Argüelles

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Patología Digestiva.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la disfagia incluye la endoscopia digestiva alta (EDA) y el tránsito baritado (TEGD) en primer lugar, siendo la manometría esofágica (ME) la prueba de mayor utilidad tras descartar organicidad.

OBJETIVOS

Analizar la rentabilidad diagnóstica de la ME en pacientes con disfagia y su correlación con la EDA y el TEGD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las ME realizadas por disfagia desde julio 2016 a julio 2018 en nuestro centro. Se recogieron datos de la EDA previa y del TEGD si estaba realizado. De 217 pacientes se excluyeron 117: si no tenían EDA o si tenían un diagnóstico manométrico previo.

RESULTADOS

Se analizaron 100 pacientes, 52% varones, con edad media de 62 años (rango 28-94). Los hallazgos de la EDA fueron: 56% normal, 22% sospecha de acalasia (todas con biopsia cardial negativa), 13% sospecha de otros trastornos motores esofágicos (TME), 5% esofagitis péptica, 2% sospecha de esofagitis eosinofílica y 2% divertículos. Se practicaron biopsias esofágicas en el 24% (8% normales, 15% esofagitis péptica y 1% eosinofílica). En el 61% se realizó TEGD: 28% normal, 20% sospecha de acalasia, 7% otro TME y 6% otros (divertículos y RGE). El 37% mostraban hernia hiatal en EDA o TEGD.

Los resultados de la ME fueron: 32% TME inespecífico (TMEI), 27% acalasia, 26% normal, 5% peristalsis esofágica sintomática (PES), 4% espasmo esofágico difuso (EDE), 4% esfínter esofágico inferior hipertónico (EEIH) y 2% peristalsis ineficaz. En las 56 EDA normales, la ME mostró: 24 normal, 19 TMEI, 5 acalasia, 3 PES, 3 EEIH, 1 EDE y 1 EEI hipotónico. De las 22 sospechas de acalasia en EDA, se confirmó en la ME en 19 (86%). De las 13 sospechas de TME por EDA, la ME fue patológica en 11 (84%): 3 acalasia, 1 EDE, 2 PES, 5 TMEI y 2 normales. De las 26 ME normales se realizó TEGD en 19 (14 normal y 5 patológico). De las 74 ME patológicas se realizó TEGD en 42 (14 normal y 28 patológico). El VPP de la EDA y TEGD para el diagnóstico de TME fue 86% y 84% respectivamente.

CONCLUSIÓN

La ME tiene una elevada rentabilidad diagnóstica en el estudio de la disfagia, ya que una EDA o TEGD normales no descartan un TME. Cuando éstos sospechan un TME, la ME lo confirma sólo en la mitad de los pacientes, teniendo un mayor impacto en el caso de la acalasia. La combinación de estas exploraciones mejora el proceso diagnóstico de la disfagia.

16. ICTERICIA EN PACIENTE CRÍTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

E. Romero González, P. Lluch García, C. Suria Bolufer, M.R. Davis González, M. Capilla Lozano, A.M. Sánchez Pardo, M.C. Gómez Medina, I. Ortiz Polo, J. Ballester Rayo, I. Pascual Moreno, F. Mora Miguel

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universitat de València.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial de la ictericia es complejo, más aún en el paciente crítico donde no hay lugar para decisiones erróneas.

OBJETIVO

Presentar, mediante un caso clínico, una entidad poco frecuente como causa de ictericia.

CASO CLÍNICO

Varón de 17 años, sin antecedentes. Acude a urgencias por dolor abdominal, ictericia y vómitos junto a mialgias, cefalea y T^a 39°C. Exploración: Fc 110lpm, resto normal. Analítica: Cr 5.76mg/dL, BT 13.72mg/dL (BD 12mg/dL), GOT, GPT, GGT y FA normales; plaquetas 22000/mm³, Hb 10.3g/dL, TP 16s, IQ 52%, RFA elevados y procalcitonina (PCT) 4.46ng/mL. Frotis normal. Drogas negativo. Ecografía: Esplenomegalia, resto normal. Tórax: opacidades en vidrio deslustrado. TC toraco-abdomino-pélvico: afectación pulmonar bilateral en vidrio deslustrado, hepatoesplenomegalia leve. Cultivos: sangre, orina y heces negativos. Serología: virus hepatotropos, VEB, CMV, parvovirus B19, leishmania, leptospira, salmonella, brucella, borrelia y plasmodium negativos excepto VHE IgM e IgG positivo (RNA negativo). Porfirinas en orina negativo. Ingresa en UCI con hemodiafiltración y antibioterapia. Inicialmente aumentan PCT y BD (resto de parámetros hepáticos bien). Progresiva normalización analítica y recuperación clínica.

El paciente presentaba una sepsis. La ictericia del paciente séptico asocia un patrón de colestasis, no aumento exclusivo de bilirrubina directa. Se descarta ictericia obstructiva con las pruebas de imagen. El perfil analítico, aumento exclusivo de BD y normalidad del resto de parámetros de f. hepática (el descenso del TP se atribuyó a CID, no a insuficiencia hepática) hace sospechar un trastorno hereditario del metabolismo de la bilirrubina (Sd. de Dubin-Johnson o Sd. de Rotor). Se solicitan coproporfirinas en orina de 24h siendo el resultado compatible con Sd. de Rotor, coproporfirinas totales aumentadas (227.5 µg/24h) con 69.5% de coproporfirina I, un trastorno benigno que no requiere medidas terapéuticas específicas y asociado a enfermedades intercurrentes como sepsis en este caso.

CONCLUSIONES

Existen numerosas causas de hiperbilirrubinemia, siendo esencial un adecuado diagnóstico diferencial para decidir el tratamiento. A pesar de su baja prevalencia, los trastornos hereditarios del metabolismo de la bilirrubina deben ser tenidos en cuenta para evitar errores diagnósticos, especialmente en el paciente crítico.

17. COLITIS MICROSCÓPICA y HALLAZGOS MACROSCÓPICOS

E. Sánchez Ramos, P. Canelles Gamir, J. Huguet Malavés, M.S. Luján Sanchis, A. Monzó Gallego, I. Iranzo González-Cruz, L. Ferrer Barceló, C. Albert Antequera, C. Boix Clemente, L. García-LLabata, J. Gallego Sánchez, A. Vallejo Antolín, V.M. García Lorenzo, J.D. Prieto Climent, J. Sempere García-Argüelles

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La colitis microscópica (CM) es una entidad de diagnóstico histológico. Recientemente, se postula que las lesiones macroscópicas encontradas en la endoscopia deberían ser más frecuentes, y que las biopsias dirigidas a ellas, podría mejorar la rentabilidad diagnóstica. La variabilidad observada en la literatura podría estar en relación con la sensibilidad del endoscopista para encontrarlas.

OBJETIVOS

Estudio de prevalencia de hallazgos endoscópicos en pacientes con CM. Como objetivos secundarios realizamos un análisis descriptivo de las características de este subgrupo de pacientes, intentando correlacionarlo con la gravedad clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CM desde enero de 2017 a junio de 2017, excluyendo aquellos en los que concurría otro diagnóstico. Revisamos las variables edad, sexo, clínica (diarrea, dolor abdominal, rectorragia, incontinencia y alternancia del hábito deposicional), anemia, ferropenia, calprotectina fecal, hallazgos endoscópicos y subtipo de colitis: colitis colágena (CC), colitis linfocítica (CL) o colitis mixta (CM).

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 54 pacientes con diagnóstico de CM (45 CL, 4 CC y 5 CM). Con una edad media de 55,96 años, 20 hombres y 34 mujeres. La clínica predominante fue diarrea

crónica (96,3%) seguida por dolor abdominal (40,74%), alternancia del hábito deposicional (38,9%), rectorragia (14,81%) e incontinencia (7,41%). La anemia fue hallada en 6 de los 54 pacientes y ferropenia en 9. En un 4,7% se evidenció aumento de la calprotectina fecal. En 3 pacientes (5,5%) se objetivaron anomalías de la mucosa (friabilidad y eritema). Dos se diagnosticaron de CL y el restante de CM. La media de edad fue de 50.5 años (\pm 5 años) siendo dos de ellos varones y una mujer. La calprotectina fecal resultó elevada ($>$ 300mg/dl) en uno de ellos. La clínica predominante dentro de este grupo de paciente fue de diarrea (2/3), alternancia del hábito (1/3) y en un caso estreñimiento.

CONCLUSIONES

La prevalencia de lesiones endoscópicas en nuestros pacientes coincide con las publicadas en otras series. Sería recomendable aumentar la sensibilidad del endoscopista para objetivar lesiones obtener biopsias dirigidas que podrían aumentar la rentabilidad de éstas. Dado el bajo número de pacientes no podemos concluir que se correlacione con mayor gravedad clínica.

18. DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIÓN ABDOMINAL SECUNDARIA A FUGA POST-GASTRECTOMÍA VERTICAL

M.P. Ballester Ferré, V. Sanchiz, R. Alfonso, E. Romero, A. Sánchez, O. Moreno, M.M. Boscá, A. Peña, F. Mora

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía vertical tipo Sleeve es una técnica bariátrica restrictiva que consiste en la extirpación del 80% de la cavidad gástrica mediante el grapado y corte del estómago longitudinalmente. Está indicada en pacientes superobesos como paso previo a una segunda intervención dado el bajo riesgo quirúrgico. Sin embargo, presenta una tasa de complicaciones entorno al 3-5%, entre las que destaca la fuga de la manga.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años, intervenida de Sleeve gástrico 1 mes antes, que consultó por mareo de 3 días de evolución, sin dolor abdominal, vómitos ni fiebre. Presentaba hipotensión y taquicardia. Analíticamente destacaba: Cr 1.86mg/dL, PCR 335mg/L, 28500 leucocitos con neutrofilia y procalcitonina 1.59ng/mL. Se solicitó un TC que mostraba una colección subdiafragmática izquierda de 53x41mm con nivel hidroaéreo y cambios edematosos de la grasa en vecindad a la sutura gástrica. En la gastroscopia se observaba un orificio de 3mm en el extremo proximal

de la línea de sutura. Se accedió a través del orificio a la cavidad con ayuda de un esfinterotomo y una guía. Bajo control radiológico se colocó un stent de plástico doble pig-tail de 10Fr x 5cm entre el absceso y la cavidad gástrica, objetivando abundante drenaje de material purulento. La paciente mejoró clínica y analíticamente con un TC de control que mostraba reducción significativa del tamaño de la colección hasta ser dada de alta a los 7 días.

CONCLUSIONES

El drenaje endoscópico de las colecciones secundarias a la fuga post-gastrectomía vertical puede ser una técnica eficaz en pacientes críticos con alto riesgo quirúrgico.

19. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL ÁREA DE LEVANTE. REGISTRO Hp-EuReg

J. Ortuño ¹, P. Almela ², J.M. Huguet ³, L. Ferrer Barceló ³, P. Suárez ³, L. García Llabata³, E. Cerrillo ¹, E. Ortí ³, M. Roldán ², A. del Val ¹, J.A. Martín ², C. Torres ³, I. Bort ³, M.M. García-Reboll ³, L. Ruiz ³, A. Monzó ³, P. Canelles ³, O.P. Nyssen ⁴, F. Mégraud ⁵, C.O. Morain ⁶, A.G. McNicholl ⁴, J. P. Gisbert ⁴

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 2 Hospital General Universitario de Castellón. 3 Hospital General Universitario de Valencia. 4 Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP and CIBERehd, Madrid, España. 5 Laboratorio de Bacteriología, Hôpital Pellegrin, Burdeos, Francia. 6 Departamento de Medicina Clínica, Trinity College Dublín, Dublín, Irlanda.

INTRODUCCIÓN

El European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg) es un registro prospectivo internacional no intervencionista multicéntrico que tiene como objetivo evaluar las decisiones y los resultados del tratamiento de Helicobacter pylori (Hp) por los gastroenterólogos europeos.

OBJETIVO

Evaluar las pautas clínicas utilizadas para el tratamiento del Hp en segunda línea en el área de Levante, tanto desde el punto de vista de la eficacia como de la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes incluidos en la base de Hp-EuReg correspondientes a 3 departamentos de salud del Levante Español. Se registraron las variables en la plataforma AEG-REDCap. El principal resultado fue la erradicación de Hp. Se evaluó la seguridad.

RESULTADOS

Hasta 30 de septiembre de 2018 se han registrado 193 pacientes. Las edades oscilaban entre 18 y 83 años (51,5 DE 16,6) y las mujeres representaban el 67% de los casos. La indicación más frecuente para el tratamiento fue la dispepsia (65,8%).

a) Tratamiento triple: IBP más amoxicilina y levofloxacino (OLA) sin bismuto asociado. Esta pauta se utilizó en 62 pacientes (32,1%), 2 de ellos (3,2%) durante 7 días, 49 de ellos (79%) durante 10 días y en 22 (17,7%) durante 14 días. La tasa general de erradicación por ITT fue del 50%, 71,4% y 91% para 7, 10 y 14 días respectivamente. La regresión logística no identificó factores asociados con mayores tasas de erradicación.

b) El tratamiento con una sola cápsula Pylera® fue utilizado en 63 pacientes (33%). La tasa general de erradicación por ITT fue de 85,7%. La regresión logística no encontró factores asociados con la eficacia.

c) Tratamiento concomitante cuádruple sin bismuto con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol se utilizó en 50 pacientes (26,2%) (en 14 durante 10 días y en 36 durante 14 días), con tasas de erradicación del 71,4% y 80,6% respectivamente. La regresión logística no encontró factores asociados con la eficacia.

Los pacientes tratados con OLA presentaron menos efectos secundarios (3,4%) que los tratados con cuádruple terapia (14,28.6%) y con Pylera® (33,52,4%) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

En segunda línea, la triple terapia con Levofloxacino 14 días y la terapia con Pylera® consiguen unas aceptables tasas de erradicación. Existe un alto porcentaje de efectos secundarios con el tratamiento cuádruple y con Pylera®.

20. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO FUNCIONANTE DE GRAN TAMAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.M. Sánchez Pardo, M.P. Ballester, C. Suria, E. Romero, I. Ortiz, R.A. Villagrasa, E. Muñoz, A. Peña, F. Mora

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEp) son tumores raros, con una incidencia <1 caso por cada 100.000 habitantes y año. Los TNEp se clasifican de acuerdo con el síndrome clínico secundario a la hormona secretada, siendo los TNEp más frecuentes los no funcionantes.

CASO CLÍNICO

Hombre de 45 años que ingresó por diarrea crónica y marcada eritrosis facial a la exploración física. En la analítica destacaba fracaso renal prerrenal, hiperglucemia e hipopotasemia. El estudio microbiológico de heces fue negativo. En ecografía abdominal se objetivó una tumoración en curvadura menor gástrica de 11 cm que asoció acúmulo patológico del radiotrazador mediante la gammagrafía de receptores de somatostatina. El TC toraco-abdomino-pélvico con contraste objetivó una masa en cuerpo pancreático de 13 cm. Mediante ecoendoscopia se localizó una lesión vascularizada en cuerpo pancreático de 13 cm, hipocogénica, heterogénea sin afectar a estructuras vasculares. La punción con aguja fina de 22G fue compatible con TNEp bien diferenciado G1. El estudio hormonal reflejó: calcitonina 306,0 pg/mL, péptido intestinal vasoactivo (VIP) > 405,00 ng/L, y glucagón 1.064,00 pg/mL. Con el diagnóstico final de TNEp funcionante secretor de glucagón y VIP, el paciente se sometió a una esplenopancreatectomía distal y colecistectomía.

CONCLUSIÓN

Los TNEp funcionantes son una entidad poco frecuente y, habitualmente, difíciles de localizar por su pequeño tamaño. El caso que hemos presentado es excepcional por su gran tamaño y por presentarse con un síndrome clínico secundario a la secreción de más de una hormona.

21. ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECTACIÓN GÁSTRICA GRAVE TRATADO CON USTEKINUMAB

C. Gómez Medina, I. Ortiz, M. Mínguez, J. Tosca, M.R. Davis, E. Romero, M. Capilla, F. Mora
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

En España la prevalencia de la Enfermedad de Crohn (EC) es de 8 casos /100.000 habitantes. La afectación gastroduodenal es poco habitual, con una frecuencia variable de 0,4-4%. La EC presenta una amplia variabilidad en cuanto a edad, localización y comportamiento biológico. Cuando la afectación es colónica se debe plantear el diagnóstico diferencial con la colitis ulcerosa. Un cambio en el diagnóstico durante el primer año ocurre en el 5% de los casos.

ENDOSCOPIA

Paciente de 22 años que ingresa por diarrea crónica y tras la realización de ileocolonoscopia es diagnosticado de pancolitis ulcerosa brote moderado. Se inicia tratamiento con glucocorticoides, mesalazina y por corticodependencia posteriormente se asocia infliximab. Posteriormente

ingresa por fiebre, diarrea y hematemesis. Se realiza gastroscopia observándose abundantes ulceraciones, edema y friabilidad de forma difusa a nivel gastroduodenal (imagen 1), planteando el diagnóstico diferencial con gastritis de etiología infecciosa (citomegalovirus), inflamatoria (EC), péptica o tóxica. Tras los hallazgos histológicos compatibles con EC se inicia tratamiento con ustekinumab con mejoría drástica de las lesiones una semana después (imagen 2).

CONCLUSIONES

La ileocolonoscopy es la prueba inicial ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) asociando una gastroscopia si hay clínica gastroduodenal. Sin embargo, en la población pediátrica la gastroscopia forma parte de las pruebas diagnósticas iniciales. En el caso que presentamos la gastroscopia fue decisiva para realizar un correcto diagnóstico diferencial y un cambio en el esquema terapéutico del paciente. Se debería considerar la gastroscopia en el diagnóstico inicial ante la sospecha de EII.

22. EFECTOS SECUNDARIOS Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DE HELICOBACTER PYLORI EN CUALQUIER LÍNEA DE TRATAMIENTO. REGISTRO Hp-EuReg

P. Almela ¹, J. Ortuño ², J.M. Huguet ³, L. Ferrer Barceló ³, L. García Llabata³, P. Suárez ³, E. Cerrillo ², E. Ortí ³, M. Roldán ¹, A. del Val ², J.A. Martín ¹, C. Torres ³, I. Bort ³, M.M. García-Reboll ³, L. Ruiz ³, A. Monzó ³, P. Canelles ³, O.P. Nyssen ⁴, F. Mégraud ⁵, C.O. Morain ⁶, A.G. McNicholl ⁴, J. P. Gisbert ⁴

1 Hospital General Universitario de Castellón. 2 Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 3 Hospital General Universitario Valencia. 4 Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP and CIBERehd, Madrid, España. 5 Laboratorio de Bacteriología, Hôpital Pellegrin, Burdeos, Francia. 6 Departamento de Medicina Clínica, Trinity College Dublín, Dublín, Irlanda.

INTRODUCCIÓN

El European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg) es un registro prospectivo internacional no intervencionista multicéntrico que tiene como objetivo evaluar las decisiones y los resultados del tratamiento de Helicobacter pylori (Hp) por los gastroenterólogos europeos. El uso asociado de probióticos no está recomendado de forma generalizada en el tratamiento erradicador de Hp.

OBJETIVO

Evaluar las pautas clínicas utilizadas en el área de Levante para el tratamiento del Hp desde el punto de vista de la seguridad y tolerabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes incluidos en la base de Hp-EuReg correspondientes a 3 departamentos de salud. Se registraron las variables en la plataforma AEG-REDCap. Los eventos adversos y el cumplimiento se evaluaron a través de la interrogación del paciente con preguntas abiertas y un cuestionario predefinido.

RESULTADOS

Hasta 30 de septiembre de 2018 se han registrado 1010 tratamientos en estos tres departamentos de Salud del Levante Español.

Las edades oscilaban entre 18 y 91 años (51,6 DE 15,6) y las mujeres representaban el 64,7% de los casos independientemente de la línea de tratamiento empleada, los pacientes tratados con triple terapia con levofloxacino presentaron menos efectos secundarios (3, 4,4%) que los tratados con la terapia concomitante cuádruple IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol (OCAM) (231, 36,8%) y que los tratados con Pylera® (75, 39,5%) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Los efectos secundarios más frecuentes fueron: para la triple terapia las náuseas (2, 2,9%), para el tratamiento con Pylera® también las náuseas (25, 13,1%), mientras que para OCAM fue la disgeusia (107, 16,9%). 15 pacientes con OCAM (2,4%), 4 con Pylera® (2,1%) y 3 (1,7%) con triple terapia abandonaron el tratamiento por los efectos secundarios.

Se asociaron pre o probióticos al tratamiento en 160 pacientes (15,8%). Su asociación se relacionó con peor tolerancia y con más efectos secundarios (40,6% vs 30,1%, $p=0.006$). Tampoco se observó una mejoría de los porcentajes de erradicación en ninguno de los tratamientos al asociarlos.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de efectos secundarios con Pylera® y OCAM, con pocos abandonos del tratamiento por este motivo. La asociación de pre o probióticos al tratamiento no mejora la tolerancia ni la efectividad.

23. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN EL ÁREA DE LEVANTE. REGISTRO Hp-EuReg

J.M. Huguet ¹, J. Ortuño ², P. Almela ³, L. Ferrer Barceló ¹, L. García Llabata¹, P. Suárez ¹, E. Cerrillo ², M. Roldán ³, A. del Val ², J.A. Martín ³, C. Torres ¹, I. Bort ¹, M.M. García-Reboll ¹, L. Ruiz ¹, A. Monzó ¹, P. Canelles ¹, O.P. Nyssen ⁴, F. Mégraud ⁵, C.O. Morain ⁶, A.G. McNicholl ⁴, J. P. Gisbert ⁴

1 Hospital General Universitario de Valencia. 2 Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 3 Hospital General Universitario de Castellón. 4 Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP and CIBERehd, Madrid, España. 5 Laboratorio de Bacteriología, Hôpital Pellegrin, Burdeos, Francia. 6 Departamento de Medicina Clínica, Trinity College Dublin, Dublín, Irlanda.

INTRODUCCIÓN

El European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg) es un registro prospectivo internacional no intervencionista multicéntrico que tiene como objetivo evaluar las decisiones y los resultados del tratamiento de Helicobacter pylori (Hp) por los gastroenterólogos europeos.

OBJETIVO

Evaluar las pautas clínicas utilizadas para el tratamiento del Hp en primera línea en el área de Levante, tanto desde el punto de vista de la eficacia como de la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes incluidos en la base de Hp-EuReg correspondientes a 3 departamentos de salud del Levante Español. Se registraron las variables en la plataforma AEG-REDCap, El principal resultado fue la erradicación de Hp, los eventos adversos y el cumplimiento.

RESULTADOS

Hasta 30 de septiembre de 2018 se han registrado 817 pacientes. Las edades oscilaban entre 18 y 91 años (51,6 DE 15,4) y las mujeres representaban el 64,1% de los casos. La indicación más frecuente para el tratamiento fue la dispepsia (65,5%).

El método diagnósticos empleado más frecuente fue la endoscopia (46,9%).

Se confirmó la erradicación en el 98% de los casos, siendo el método más común (67,1%) la prueba de aliento de 13C-urea.

A) El tratamiento concomitante cuádruple sin bismuto con IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol (OCAM) fue el más comúnmente utilizado (574 pacientes – 72,6%). La tasa general de erradicación por ITT fue del 83,3% para 10 días, y del 85,7% para 14 días. La

regresión logística identificó como factor asociado con mayores tasas de erradicación el cumplimiento (sí vs. no: OR = 11,17 (IC95 3,65-34,2) $p < 0,001$). La tasa de erradicación fue del 87,8% para OCAM 14 días con esomeprazol 40mg bid (n=47 pacientes).

B) El tratamiento cuádruple con Pylera® se utilizó en 128 pacientes (15,7%). La tasa general de erradicación fue de 95,3% por ITT. La regresión logística no encontró ningún factor asociado con la eficacia.

Los efectos secundarios fueron para cuádruple terapia del 37.5% (217) y para Pylera® del 32.8%.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, las tasas de erradicación en primera línea con las pautas que incluyen claritromicina no llegan al umbral del 90% deseable. El tratamiento erradicador con pauta cuádruple que incluye tetraciclina en una sola cápsula consigue tasas de erradicación claramente por encima del 90%. Existe un alto porcentaje de efectos secundarios para OCAM y Pylera®.

24. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS ESOFÁGICOS Y TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA INDUCIDOS POR EL TRATAMIENTO CRÓNICO CON OPIÁCEOS. DATOS PRELIMINARES

M. García Campos, P. del Pozo del Valle, V. Ortiz, E. Sáez González, G. Cerdón Castillo, N. García Morales, V. Garrigues

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha relacionado el uso crónico de opiáceos con alteraciones de la motilidad esofágica. Esta relación da lugar a la aparición de una nueva entidad conocida como disfunción esofágica inducida por opiáceos. Aunque cada vez se dispone de más datos, los estudios publicados hasta ahora se basan en cohortes retrospectivas y series de casos. No hay disponibles estudios prospectivos sobre la relación entre el uso crónico de opiáceos y la aparición de trastornos de la motilidad esofágica.

OBJETIVO

Evaluar la aparición de síntomas esofágicos y de trastornos motores esofágicos (TME) inducidos por el tratamiento crónico con opioides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo post-autorización de seguimiento de pacientes que inician tratamiento crónico con opiáceos por dolor crónico no neoplásico (duración mínima de 90 días) en un hospital terciario. Se administró un cuestionario de síntomas y la escala cuantitativa de Eckardt al inicio del tratamiento y a los 3 meses. Ninguno de los pacientes presentaba síntomas esofágicos en el momento de su inclusión en el estudio. En aquellos pacientes en los que se detectaron síntomas esofágicos se realizó una manometría de alta resolución (MAR) para establecer la correlación entre los síntomas y los hallazgos en la manometría.

RESULTADOS

En los primeros 6 meses del estudio se han recogido 26 pacientes. Durante el seguimiento 5 pacientes abandonaron el tratamiento, por lo que disponemos de los datos de 21 pacientes que han completado al menos 3 meses de tratamiento. El 52.4% (11) fueron hombres y el 47.6% (10) mujeres con una mediana de edad de 72 (41-87) años y una mediana de IMC de 29.24 kg/m². El principio activo más consumido fue el tapentadol (n 17/81%) y la vía de administración la oral (90,5%). Se detectó la aparición de síntomas esofágicos en 2 pacientes (2/26) en forma de disfagia.

En estos dos pacientes se practicó una MAR que detectó un caso de obstrucción funcional de la unión esófago-gástrica y otro con motilidad esofágica inefectiva. La incidencia de síntomas y TME a los 3 meses es de 7,7% (2/26).

CONCLUSIONES

La incidencia de síntomas y trastornos motores esofágicos secundarios al tratamiento con opiáceos podría ser alta. Sin embargo, es necesario seguir ampliando la muestra para confirmar estos resultados.

25. LINFOMA DE BURKITT HEPÁTICO EN PACIENTE VIH DIAGNÓSTICADO MEDIANTE ECOENDOSCOPIA

A.D. Polanco Jiménez, A. López Serrano, A. Pascual Romero, M.J. Suárez Davalos, P. Besó Moreno, A. Algarra García, J. Hervás Martín, E. Moreno Osset

Hospital Universitario Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Burkitt (LB) hepático es un tipo extremadamente infrecuente de linfoma extralinfático de células B maduras, no Hodgkin, de rápida evolución con elevada mortalidad.

El diagnóstico histopatológico suele ser complejo por la dificultad para obtener muestra representativa con las características necesarias para su estudio.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 42 años, procedente de Colombia, VIH+ sin tratamiento de 8 años de evolución, que ingresa por ictericia obstructiva e hipertransaminasemia. TC abdominal que objetiva masa en hilio hepático de 89 x 71mm condicionando dilatación de la vía biliar con afectación de ileón terminal y peritoneal. Se realiza punción percutánea guiada con eco-grafía, sin obtener muestras adecuadas por lo que posteriormente se realiza punción-aspiración con aguja fina guiada con Ecoendoscopio lineal EG-3870UTK (Pentax Medical) realizándose 2 punciones con aguja Acquire® 25 G needle (Boston Scientific) en medio de transporte Cytolyt® con citología compatible con linfoma B de alto grado e informe de biopsia de estudio de bloque celular con hallazgos concordantes con LB asociado a VIH, iniciándose tratamiento quimioterápico con respuesta favorable.

COMENTARIO

El diagnóstico de los LB es complejo, sin embargo, la USE-PAAF con agujas para biopsia permite obtener una muestra significativa para tener un diagnóstico histológico adecuado.

26. COLITIS ISQUÉMICA SECUNDARIA A GOLPE DE CALOR

A.D. Polanco Jiménez, A. López Serrano, A. Pascual Romero, M. J. Suárez Davalos, P. Besó Moreno, A. Algarra García, C. García Orts, E. Moreno Osset

Hospital Universitario Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

La colitis isquémica (CI) es una patología común en la población general, pero rara vez aparece en personas menores de 60 años sin factores de riesgo. El ejercicio vigoroso es una situación estresante para el tracto digestivo, asociado al calor y la deshidratación puede desencadenar cuadros de hipovolemia y secundariamente isquemia intestinal.

CASO CLÍNICO

Varón de 24 años, fumador, sin consumo de otros tóxicos, sin antecedentes de interés, que presenta dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda tras esfuerzo físico en gimnasio (levantamiento de pesas durante 1.5 horas). Analíticamente destacaba CPK 564 ui/l, amilasa 349 ui/l, GOT

354 ui/l, GPT 72 ui/l, PCR 308mg/l, 19300 leucocitos con neutrofilia. TC abdominal muestra engrosamiento de pared de colon descendente y sigma proximal sin signos de perforación intestinal ni líquido libre con disminución de la captación de contraste.

Colonoscopia que evidencia mucosa de 25 a 30 cms desde margen anal con úlceras profundas, nódulos eritematosos y estenosis no franqueable que se biopsia. Se diagnóstica de CI segmentaria, descartándose estado de hipercoagulabilidad y tras tratamiento conservador mejora progresivamente. Posteriormente ingresa en dos ocasiones por cuadros suboclusivos secundarios a estenosis benigna de colon manejada con dilataciones endoscópicas con balón (3 sesiones), sin una respuesta endoscópica adecuada, pero con mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

El golpe de calor asociado a ejercicio físico vigoroso y deshidratación pueden ser causa de CI segmentaria en pacientes menores de 60 años sin factores de riesgo.

27. GASTRITIS ISQUÉMICA TRAS EMBOLIZACIÓN ARTERIAL BARIÁTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

A.D. Polanco Jiménez, A. López Serrano, A. Pascual Romero, M.J. Suárez Davalos, P. Besó Moreno, A. Algarra, J. Hervás Martín, E. Moreno Osset

Hospital Universitario Doctor Peset.

La embolización arterial bariátrica (EAB) consiste en la embolización de la arteria gástrica izquierda (AGI), siendo una alternativa mínimamente invasiva a las técnicas quirúrgicas en la obesidad mórbida en pacientes no candidatos a cirugía, tiene una tasa de complicaciones en torno a 1% siendo las úlceras gástricas fúndicas las más frecuentes. Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca por enfermedad del nodo sinusal, portadora de marcapasos y con obesidad mórbida no candidata quirúrgica, a la que se realiza EAB en junio 2018, con cateterización dificultosa por AGI con origen en la arteria hepática común, como variante anatómica. 6 horas después del procedimiento la paciente presenta hematemesis leve.

Se evidencia mucosa gástrica de aspecto erosionado de forma difusa en curvatura menor y caras anterior y posterior de cuerpo hasta incisura angularis, con erosiones-úlceras superficiales de 15mm de diámetro en cara anterior de antro. Ante probable gastritis isquémica se decide manejo conservador mediante tratamiento médico con evolución favorable. La endoscopia de control a las 4 semanas muestra ulceraciones de menor tamaño, en fase de cicatrización.

La EAB es una técnica poco invasiva con baja tasa de complicaciones, sin embargo, debe valorarse previamente el lugar de embolización y las posibles variantes anatómicas.

28. NEOPLASIA DE INTESTINO DELGADO

L. Guzmán Padilla, M. Jaén Revuelta, C. Navarro Peiró, A. Gallén Peris, P. Marqués García, A. Escudero Sanchís

Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del intestino delgado son entidades poco frecuentes, con manifestaciones clínicas muy vagas, motivo por el cual suelen diagnosticarse de forma tardía: dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso y anorexia. En estadios avanzados pueden presentarse como anemia ferropénica u obstrucción intestinal. Su diagnóstico es aún complejo hoy en día por la dificultad para su acceso previo a la resección quirúrgica.

OBJETIVO

Presentación de un caso de neoplasia de yeyuno diagnosticado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 39 años que acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico irradiado a mesogastrio y vacío izquierdo, punzante, de 15 días de evolución, sin otra sintomatología. Hb 6.8 g/dL. En ecografía de abdomen se evidencia engrosamiento de asas intestinales de forma asimétrica, de unos 8cm de longitud, sin identificar si se trata de intestino grueso o delgado. Se realizó TAC abdomen en que se evidencia marcado engrosamiento de paredes de asa de yeyuno de unos 8 cm de longitud y 20 mm de grosor, con pequeñas adenopatías en vecindad, que por comportamiento y ausencia de obstrucción sugerían radiológicamente linfoma como primer diagnóstico. Ante dicha sospecha, se realizó gastroscopia para descartar enfermedad celíaca que evidenció una nodularidad de la mucosa en la segunda porción duodenal con patrón en mosaico, sin lesiones erosivas ni aftosas, compatible con enfermedad celíaca anatomopatológicamente.

RESULTADOS

Se realizó un PET-TC que descartó afectación a distancia. Se decidió laparoscopia con resección de tramo intestinal afecto. Intraoperatoriamente, se transformó a laparotomía. La biopsia extemporánea informó de adenocarcinoma, con afectación de ganglios adyacentes.

Se realizó resección oncológica con márgenes libres y se tomó muestra de pared ileon terminal en contacto con la tumoración.

DISCUSIÓN

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado se localizan en la segunda porción duodenal o el yeyuno proximal. Afecta en mayor medida a hombres. Son más frecuentes en pacientes con enfermedad celíaca. Crecen en un segmento intestinal corto dando estenosis o ulceración, por lo que su manifestación clínica es la obstrucción intestinal o la hemorragia. Su mal pronóstico radica principalmente en que la mayoría tienen metástasis en el momento del diagnóstico.

29. NO TODA ELEVACIÓN DE LA LIPASA INDICA ENFERMEDAD DE PÁNCREAS

L. Guzmán Padilla, M. Jaén Revuelta, C. Navarro Peiró, A. Gallén Peris, P. Marqués García, A. Escudero Sanchís

Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, y que se manifiesta preferentemente en ileon terminal y colon. Se desconoce la prevalencia e incidencia real de la enfermedad de Crohn proximal, pero parece estar incrementando en los últimos años dado a la mejora en las técnicas diagnósticas. La sospecha clínica es crucial para poder realizar un diagnóstico temprano y un enfoque terapéutico adecuado.

OBJETIVO

Descripción de un caso de Enfermedad de Crohn de afectación proximal diagnosticado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un hombre de 24 años de edad con antecedente de Enfermedad de Crohn ileocólica (A2L2B1p), y psoriasis en tratamiento con Infliximab (5mg/8semanas) y mesalazina (2.4g). Antecedente pancreatitis por Azatioprina. Fumador ocasional. Ingresó en nuestro centro por dolor abdominal epigástrico, fiebre 38°C, vómitos y sensación de plenitud postprandial. Transgresión alcohólica los días previos. Analíticamente, leucocitos con neutrofilia, amilasa 67 mU/mL, Lipasa 213 mU/mL (N 0-60), PCR 86 (0-5). Ante la posibilidad de nuevo episodio de

pancreatitis, se realizaron ecografía y TAC abdominal, evidenciando únicamente un mínimo engrosamiento en íleon distal.

RESULTADOS

Ante sospecha de afectación alta, se practicó gastroscopia, en la que se evidenció una mucosa edematosa y eritematosa que se extendía por duodeno, fundus, cuerpo y antro gástrico y esófago. Además, presentaba áreas de fibrina en antro, esófago y duodeno, junto con aftas en la segunda porción duodenal. Reinterrogando al paciente, aquejaba úlceras orales de varios meses de evolución. Se practicaron biopsias en todos los tramos afectados, cuyo resultado fue compatible con enfermedad de Crohn. Se decidió iniciar tratamiento con corticoides intravenosos y cambio de tratamiento biológico por ustekinumab.

DISCUSIÓN

A diferencia de las recomendaciones en edad pediátrica, la endoscopia digestiva alta no se recomienda de forma sistemática en todos los pacientes adultos con enfermedad de Crohn. La afectación proximal de la enfermedad debe sospecharse y descartarse en todos aquellos pacientes con síntomas sugestivos de afectación de dicha localización: disfagia, dolor epigástrico, vómitos, etc., para poder realizar un enfoque completo de la patología.

30. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA SECUNDARIA A TUMOR GIST

A. Gallén Peris, M. Jaén Revuelta, C. Navarro Peiró, L. Guzmán Padilla, P. Marqués García
Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

El tumor estromal gastrointestinal (GIST) es el tumor mesenquimático más frecuente del tracto digestivo, sin embargo, representa menos del 3% de las neoplasias gastrointestinales. Puede desarrollarse en cualquier punto del tubo digestivo, siendo el estómago la localización más frecuente, y en segundo lugar el intestino delgado. Su presentación clínica es heterogénea, los síntomas más frecuentes son hemorragia digestiva con la consecuente anemia, dolor abdominal, distensión abdominal o masa palpable, siendo en ocasiones asintomático.

OBJETIVOS

Descripción de un caso de hemorragia digestiva alta masiva secundaria a tumor GIST en yeyuno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un hombre de 43 años de edad, con Diabetes tipo 1 como único antecedente. Ingresó en nuestro centro por dolor abdominal y hematoquecia, que evoluciona a heces melénicas, de 24 horas de evolución. Analíticamente destaca hemoglobina de 13.10 g/dL, que disminuye a 9.70 g/dL en 15 horas.

Ante sospecha de hemorragia digestiva alta se realiza gastroscopia urgente, donde se objetiva bulbitis erosiva sin lesiones sangrantes ni estigmas de sangrado reciente, tanto en estómago como duodeno, y se procede a la toma de biopsia del antro.

Debido a la persistencia de heces melénicas, se repite de nuevo la gastroscopia, sin observar nuevos hallazgos ni restos hemáticos.

RESULTADOS

Tras anemia persistente que no remonta a pesar de 4 concentrados de hematíes, se realiza angio-TAC, en el cual se visualiza una masa sólida, bien definida de 8x4,8 cm, que depende del yeyuno proximal y con componente exofítico, compatible con tumor GIST, sin objetivar sangrado activo.

Ante empeoramiento clínico se decide cirugía urgente. Previamente a la cirugía, la cifra de hemoglobina es de 5.7 g/dL a pesar de 6 CH.

Mediante laparotomía, se realiza resección de la tumoración y anastomosis duodeno-yeyunal. Se practica biopsia de la lesión, cuyo resultado es compatible con tumor GIST.

CONCLUSIONES

El tumor GIST afecta generalmente a pacientes de mediana edad y se manifiesta de forma muy variable, siendo la hemorragia digestiva alta una presentación clínica frecuente dentro de este tipo de lesión. Por tanto, ante una hemorragia digestiva alta masiva en pacientes jóvenes, y tras haber excluido las principales causas de HDA mediante gastroscopia, se debe descartar la existencia de dicha tumoración.

31. RETRASO EN LA ELIMINACIÓN DE CÁPSULA PATENCY AGILE

P. Ladrón Abia, G. Bastida Paz, M. Ponce Romero, A. Mínguez Sabater, S. Martínez Delgado, N. García Morales, E.T. Valero Pérez

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

La cápsula patency es utilizada, antes de la cápsula endoscópica, en pacientes con alto riesgo de presentar estenosis en intestino delgado, como aquellos con síntomas sugestivos, antecedentes de resecciones previas o irradiación abdominal por tumores malignos intestinales o ginecológicos. El sistema se basa en una cápsula (del mismo tamaño que la videocápsula) compuesta de lactosa y bario que puede ser identificada mediante radiofrecuencia (radiografía de abdomen/TC abdominal).

Ambos extremos de la cápsula contienen un material biodegradable que se comienza a degradar después de 30 horas y se disuelve por completo pasadas entre 40 y 80 horas tras la ingesta, permitiendo a la cápsula continuar el trayecto intestinal, incluso ante la presencia de estenosis. La cápsula no tiene capacidad de adquisición de imágenes.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de retraso en la eliminación de cápsula Patency Agile en paciente con enfermedad de Crohn ileal estenosante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentar un caso clínico de nuestro centro.

RESULTADOS

Varón de 30 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn ileal estenosante diagnosticada en el año 2004 (Montreal A1 L1 B2) que precisó de dos intervenciones quirúrgicas. La primera de ellas en Octubre de 2014 (resección ileocecal) y la segunda en Abril de 2016 por cuadros suboclusivos refractarios a tratamiento dilatador.

Tras estabilidad clínica y analítica, en Mayo de 2018 presentó un nuevo cuadro suboclusivo, por lo que se solicitó cápsula endoscópica previa administración de cápsula Patency Agile (4 de Junio). La cápsula Patency no fue expulsada tras varios días: la sospecha fue de cuadro adherencial, sin poder descartarse estenosis por recurrencia a nivel de la cápsula (íleon proximal).

La primera radiografía de abdomen en la cual no se observó la cápsula fue el 29 de Junio, sin poder establecer ni el día exacto ni la causa de dicho retraso en la eliminación.

Actualmente, el paciente se encuentra en espera de una nueva cirugía que se llevará a cabo el 17 de Octubre de 2018.

CONCLUSIONES

La cápsula reabsorbible Patency Agile es un sistema eficaz para valorar la permeabilidad luminal del tracto gastrointestinal antes de la realización de la cápsula endoscópica convencional. No obstante, puede presentar complicaciones como retraso en su eliminación y obstrucción con riesgo de perforación intestinal.

32. ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTE TRASPLANTADA HEPÁTICA

A. Mínguez Sabater, S. Benlloch Pérez, G. Cordón, C. Vinaixa Aunés, P. Ladrón Abia, S. Martínez Delgado

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático (TH) supone un estado de inmunosupresión que puede conllevar infecciones oportunistas. La infección por *Aspergillus fumigatus* es poco frecuente, pero es una importante causa de morbilidad y mortalidad (33-100%) en este contexto.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de aspergilosis invasiva (pulmonar, SNC, endocarditis...) en una paciente trasplantada hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describir un caso clínico de nuestro centro.

RESULTADOS

Mujer de 56 años con hipertensión portal (HTP) por hidatidosis hepática intervenida y síndrome de Budd Chiari postquirúrgico. Recibe trasplante hepático, presentando disfunción primaria del injerto, y necesidad de retrasplante tres días después. Evolución tórpida en reanimación, presentando multitud de complicaciones: fracaso renal agudo, neumotórax, encefalopatía urémica metabólica con repercusión neurológica (TAC de control normal), shock séptico, miopatía del enfermo crítico e hiperbilirrubinemia.

En tratamiento con ganciclovir, micofenolato, metilprednisolona, basiliximab y tacrólimus. Tras varios días en planta de Hepatología, aparición de clínica neurológica en forma de tetraparesia, desviación oculocefálica a la derecha y convulsiones. En pruebas de imagen cerebrales se observa en primer lugar una hipodensidad parieto-occipital derecha con tres lesiones

intraaxiales de probable etiología infecciosa. Se inicia tratamiento antifúngico y antibiótico empírico. Se diagnostica de Aspergilosis invasiva mediante cultivo del LBA 800 UFC/ml, examen directo donde se visualizan estructuras fúngicas, y galactomanano positivo en LCR, LBA y negativo en suero. En biopsia hepática se informa de cambios histológicos secundarios a sepsis. Actualmente en tratamiento en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) mediante anfotericina y voriconazol, además del tratamiento inmunosupresor.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado trata de una infección por *Aspergillus fumigatus* en forma de aspergilosis invasiva en paciente con factores de riesgo como el trasplante, el fallo renal agudo post-TH (diálisis) o altas dosis de corticoides. Es una complicación rara, pero muy grave, que debe descartarse ante la mínima sospecha por las repercusiones tanto en mortalidad como en morbilidad que puede llegar a ocasionar. No hay evidencia actualmente sobre el beneficio del tratamiento profiláctico.

33. ENFERMEDAD HEPÁTICA POR HÍGADO GRASO Y RELACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES EN NUESTRA POBLACIÓN

A. Vallejo, M. Latorre, J.J. Urquijo, C. Alventosa, L. García, L. González, M. Diago
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Servicio de Digestivo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática por hígado graso tiene un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares con respecto al resto de la población.

OBJETIVOS

Valorar si los pacientes con enfermedad hepática por hígado graso presentan mayor frecuencia de eventos cardiovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 67 pacientes pertenecientes a nuestro servicio de la corte Hepamet, en los que se valoran los efectos cardiovasculares que han presentado y sus parámetros clínico analítico e histológico.

Los datos histológicos de enfermedad hepática se definieron por SAF score y el grado de fibrosis por la escala Metavir. Los datos clínicos- analíticos se recogieron la visita más próxima a realización de biopsia hepática. Los eventos cardiovasculares se revisaron de historia clínica del paciente y fueron: coronarios, cerebrales y periféricos.

El Análisis estadístico: Media \pm SD y mediana, de las variables cuantitativas y Frecuencias absolutas y relativas para datos cualitativos. Análisis univariante para estudiar la asociación de eventos cardiovasculares con las variables dependientes y las demás variables de estudio.

RESULTADOS

Las características de los pacientes fueron las siguientes: Edad- años +/- SD 59.27 +/- 10.2, Sexo femenino 61% (37/60), IMC+/-SD 29.31 +/-8.1, Dm 41.6% (21/60), Dislipemia 75% (45/60), Hta 40% (24/60)

Fumador 15% (9/60). Los parámetros analíticos-histológicos fueron: Homa-IR +/- SD 4.69 +/-3.4

Plaquetas +/-SD(10*9/L) 214.32 +/-116, BT+/-SD(mg/dl) 0.7/+/-0.9, ALT+/-SD (UI/ml) 52.14 +/-90.86,

AST+/-SD (UI/ml) 39.27 +/-12.73, INR+/-SD 0.96, Albúmina +/-SD (g/dl) 4.23 +/-0.4, Fibrosis significativa (F2-F4) 24. Los eventos cardiovasculares fueron: coronarios 14% (10/67), cerebrales 2.98% (2/67), periféricos 8.97% (6/67).

Se realizó un análisis univariante entre grado de fibrosis con eventos cardiovasculares con resultado significativo entre fibrosis significativa y eventos cardiovasculares.

CONCLUSIONES

La frecuencia de efectos cardiovasculares era mayor en aquellos que mostraban algún grado de fibrosis, sin repercusión en los que no la presentaban. Deberíamos incidir en la necesidad de detectar precozmente los riesgos cardiovasculares en esta población para un tratamiento profiláctico eficaz.

34. HEPATOTOXICIDAD Y SÍNDROME DE LYELL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

S. Martínez, S. Benlloch, A. Mínguez, P. Ladrón, M. García, T. Di Maira

Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

INTRODUCCIÓN

La necrólisis epidérmica tóxica es una reacción de hipersensibilidad cutánea-mucosa causada frecuentemente por medicamentos o tóxicos. Pueden coexistir síntomas sistémicos, siendo el más frecuente la afectación hepática en forma de hepatotoxicidad o DILI (Drug-Induced Liver Injury).

OBJETIVO

Presentar dos casos de necrólisis epidérmica tóxica con lesión hepática grave secundaria a dos fármacos distintos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de 2 casos en nuestro centro.

RESULTADOS

CASO 1

Mujer de 58 años, ex-enólica, en quimioterapia con paclitaxel por cáncer de mama y profilaxis antituberculosa (Isoniacida y Píridoxina) que ingresó por toxicodermia medicamentosa grave. Se retiró la isoniácida y se trató con metilprednisolona con mejoría clínica. Tras dos semanas debutó con deterioro analítico: BT:14,49 mg/dL; AST:910 U/L; ALT:1501 U/L sin alteraciones de coagulación. Los estudios de autoinmunidad, serología de virus, ecografía hepatobiliar fueron normales. Se realizó biopsia hepática compatible con DILI por Isoniacida (latencia 2-6 meses) con puntuación de 7 en la escala RUCAM. Se trató con prednisona y acetilcisteína, con buena evolución posterior.

CASO 2

Mujer de 45 años que ingresó en Unidad de Quemados por necrólisis epidérmica tóxica con afectación hepática: BT:6,33, BD:6,19,AST:465,ALT:509, colestasis y coagulación normal. Refería haber estado tomando paracetamol con codeína la semana previa al cuadro. Durante el ingreso presentó fiebre que fue tratada con antipiréticos, ceftriaxona y levofloxacino. Se retiraron los fármacos hepatotóxicos y se realizaron estudios para descartar otras causas. La biopsia hepática mostró un patrón de colestasis blanda secundaria a DILI, probablemente por Paracetamol con puntuación RUCAM de 6. Se trató con acetilcisteína mejorando la hipertransaminasemia hasta normalizarse en el seguimiento en consultas externas.

DISCUSIÓN

La afectación simultánea hepática y cutánea por fármacos es rara. Los más relacionados son los antibióticos (sulfamidas), antiepilépticos, AINES y productos de herbolario. Es conocida la hepatotoxicidad por isoniácida, pero sin embargo la hepatotoxicidad por paracetamol a dosis terapéuticas es infrecuente.

Es un diagnóstico de exclusión y la primera medida debe ser la retirada del fármaco causante. Los corticoides, inmunoglobulina o acetilcisteína pueden ser útiles.

35. RITUXIMAB COMO CAUSA DE COLITIS INMUNOMEDIADA

C. Navarro Peiró, M. Jaén Revuelta, L. Guzmán Padilla, A. Gallén Peris
Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-CD20 utilizado como inmunoterapia en distintas patologías como el Linfoma no Hodgkin, artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes. Los efectos adversos más frecuentes de este fármaco son fiebre, cuadro catarral, reacciones cutáneas, náuseas o cefalea. No obstante, al igual que en otros inmunomoduladores, se ha descrito la aparición de colitis inmunomediada con el uso de este fármaco.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente con colitis inmunomediada secundaria a tratamiento con Rituximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone el caso de un hombre de 70 años con antecedente de encefalitis autoinmune en tratamiento con Rituximab, recibiendo la última dosis 3 semanas antes, que ingresa por cuadro de diarrea de 10 deposiciones diarias, con aparición posterior de sangre en las deposiciones. Se realiza coprocultivo, determinación de toxina de Clostridium Difficile, estudio de parásitos, todo ello con resultado negativo.

Se realiza colonoscopia que describe una mucosa eritematosa con erosiones y ulceraciones. Se toman muestras de biopsia para anatomía patológica y para despistaje de citomegalovirus.

RESULTADOS

EL resultado de las muestras es negativo para citomegalovirus, y la AP describe inflamación aguda, criptitis y atipia reparativa epitelial.

Se inicia tratamiento con Corticoides iv, presentando importante mejoría del cuadro hasta su total resolución.

CONCLUSIONES

La colitis inmunomediada es un efecto adverso de la inmunoterapia descrito con más frecuencia con el uso de agentes anti CTLA-4, como el Ipilimumab, y en menor medida, anti- PD1, como el Nivolumab. No obstante se han descrito casos con el uso de otras inmunoterapias, como el Rituximab.

Estos pacientes presentan un cuadro de diarrea que puede asociar rectorragia, siendo necesaria la colonoscopia para el diagnóstico diferencial con otras entidades, encontrando en estos pacientes eritema, erosiones y ulceraciones de la mucosa, habitualmente de forma parcheada, mostrando la AP con más frecuencia infiltrado inflamatorio y criptitis.

El tratamiento de esta entidad, en casos leves, puede basarse en reposición hidroelectrolítica. En casos moderados o ausencia de respuesta emplearemos corticoides, monitorizando la respuesta, ya que si en pocos días no presentan mejoría debemos plantearnos el uso de agentes anti-TNF.

36. ICTERICIA OBSTRUCTIVA Y LINFOMA BURKITT COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO DE PANCREATITIS AGUDA

R. Rodríguez Insa, A. Forés Bosch, A. Figuerola Sòria, L. López Valero, M. Valls Gandía, M. Roldán Lafuente, P. Almela Notari, J.A. Martín Jiménez

Hospital General Universitario Castellón.

INTRODUCCIÓN

El linfoma Burkitt es un linfoma no Hodgkin B de crecimiento rápido, típico de niños y hombres jóvenes, en relación con VEB y VIH. Existen dos formas clínicas: Endémica (África Central), se manifiesta por agrandamiento de huesos faciales y, Esporádica, cuya patogenia predomina la patología abdominal. El diagnóstico es anatomopatológico, siendo característico el hallazgo de linfocitos B en patrón “de cielo estrellado”. Es típica la translocación genética C-myc de los cromosoma 8 y 14. El tratamiento se basa en dosis intensivas de QT consiguiendo 90% curación.

OBJETIVO

Diagnóstico diferencial de ictericia obstructiva y linfoma de Burkitt como presentación atípica de un caso de pancreatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre 53 años sin antecedentes, consumidor activo de anabolizantes, consulta por dolor abdominal y elevación marcadores hepatobiliopancreáticos (Bil 8.2, GPT 573, GOT 291, FA 243, Amilasa 995) sugestivo de pancreatitis aguda. Con la sospecha inicial, se instaura tratamiento sintomático y se solicitan estudios complementarios (ecografía, colangiRMN, TAC, ecoendoscopia/CPRE) para filiar la etiología. Ante la divergencia radiológica se presenta en sesión multidisciplinar decidiéndose intervención quirúrgica.

RESULTADOS

En ecografía se objetiva colelitiasis y dilatación de vía biliar sin visualizar causa obstructiva, solicitándose colangioRMN que sospecha compresión extrínseca por pancreatitis aguda edematosa abscesificada. Se solicita TAC abdominal que plantea dudas entre PA focal y neoplasia páncreas.

Secundariamente, empeoramiento analítico intentándose drenaje biliar por ecoendoscopia/CPRE, insatisfactorio. Se presenta en comité y se decide intervención quirúrgica, objetivándose tumoración pancreática extensa, y biopsia intraoperatoria compatible con adenocarcinoma, realizándose duodenopancreatectomía total y esplenectomía. Se confirma resultado linfoma Burkitt y valoración por hematología.

CONCLUSIONES

La ictericia obstructiva se produce por dificultad al flujo de la bilis, hiperbilirrubinemia directa y elevación enzimas de colestasis. Las etiologías son múltiples, más frecuentes benignas (coledocolitiasis) o malignas (adenocarcinoma de páncreas). El linfoma de Burkitt es una causa infrecuente en nuestro medio pudiéndose presentar como masa abdominal a estudio e ictericia obstructiva por compresión extrínseca de vía biliar.

37. PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA CON PRECARIA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

M. Jaén Revuelta, C. Navarro Peiró, L. Guzmán Padilla, A. Gallén Peris, F.J. Grau García
Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica es una patología crónica inmuno-alérgica que produce disfunción esofágica con clínica disfagia e impactación esofágica de repetición. Entre las posibles complicaciones se encuentra la perforación esofágica con incidencia entre 2-3% generalmente al diagnóstico y tras desimpactación de cuerpo extraño alimentario en esófago.

OBJETIVOS

Describir caso de complicación poco frecuente en una patología emergente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 47 años diagnosticado a los 44 años de esofagitis eosinofílica tras cuadro de

impactación esofágica sin complicaciones asociadas. Comienza tratamiento con omeprazol a dosis dobles y fluticasona deglutida, así como valoración por alergia para diagnóstico de posibles alérgenos alimentarios y restringirlos de la dieta. En seguimiento paciente continua con clínica de disfagia e impactaciones que se resuelven espontáneamente, por lo que se añade al tratamiento metilprednisolona 40 mg en pauta descendente sin conseguir remisión clínica.

Ante falta de mejoría se insiste en la dieta de restricción de alérgenos y en la correcta adherencia al tratamiento, así como su importancia. Se pierde seguimiento de paciente por cambio de país.

Tras un año y medio nueva entrada en urgencias por cuadro de impactación esofágica que se resuelve con endoscopia evidenciando úlcera por decúbito con base de fibrina. Ante ausencia de clínica y tolerancia oral es dado que alta, reingresando a las 72 horas por cuadro súbito de dolor torácico secundario a perforación esofágica. Se interviene de urgencia realizando sutura transhiatal de la perforación seguido de funduplicatura anterior de Dor.

RESULTADOS

A los dos meses de la intervención paciente tolera dieta blanda sin nuevos episodios de disfagia. Continua con tratamiento que presentaba previo a la complicación refiriendo completa adherencia. En seguimiento estrecho desde entonces.

CONCLUSIONES

La perforación esofágica en el contexto de la esofagitis eosinofílica se observa en <5% de los pacientes y ocurriendo tras desimpactación alimentaria en casos no diagnosticados con evolución de enfermedad sin tratamiento. Es importante un correcto control sintomático y endoscópico de la patología con correcta adherencia al tratamiento para evitar complicaciones.

38. STENT ESOFÁGICOS AUTOEXPANDIBLES PARA LAS FISTULAS ESOFÁGICAS POSTQUIRÚRGICAS

M. Jaén Revuelta, C. Navarro Peiró, L. Guzmán Padilla, A. Gallén Peris, C. Amorós García
Hospital Arnau de Vilanova.

INTRODUCCIÓN

La fístula esofágica postquirúrgica es una complicación de la esofagectomía y gastrectomía. Afecta negativamente a la morbilidad y mortalidad. Entre los tratamientos encontramos

la colocación de SEMS (self expandable metal stent) esofágicos para el cierre de la fuga anastomótica de una manera menos invasiva comparado con la reintervención quirúrgica.

OBJETIVOS

Presentar dos casos clínicos en los que se pudo solucionar una complicación postquirúrgica de forma endoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de varones de 60 y 71 años diagnosticados de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal localizadas en antro y cuerpo gástrico, ambos con estadio IIA en TAC de extensión.

Tras la discusión del caso en el Comité de Tumores se decide resección quirúrgica. En el plazo de 2 semanas se realiza gastrectomía subtotal con anastomosis gastroyeyunal en el primer caso y gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal en el segundo caso. Ausencia de complicaciones tempranas.

Durante el seguimiento postoperatorio se diagnostica dehiscencia anastomótica ambas "sintomáticas"; en el primer caso por síndrome febril con decaimiento generalizado en la 3ª semana tras la intervención y en el segundo caso por débito >300 mL/día en drenajes postquirúrgico de zona de anastomosis en la 1º-2º semana postquirúrgica. El diagnóstico se llegó por TAC corroborado posteriormente con estudio endoscópico.

Se decide tratamiento de fístulas esofágicas postquirúrgicas colocando stent metálico autoexpandible HamaroStent totalmente recubierto GastroSeal.

RESULTADOS

En el seguimiento clínico en uno de los casos se observa migración de prótesis hacia proximal fijándola con dos hemoclips a esófago medio. Se realizaron controles endoscopios cada 2-3 semanas para comprobar correcta colocación de prótesis y para su leve movilización en sus ambos extremos. Buena evolución clínica y radiológica retirando las endoprótesis con éxito a las 9 y a las 12 semanas. Como complicación en uno de los casos se observó una úlcera por decúbito en extremo proximal de la prótesis que resuelve con tratamiento médico.

CONCLUSIONES

La colocación de SEMS es una alternativa eficaz y poco invasiva en el tratamiento de la fístula esofágica postquirúrgica. La migración es una de las complicaciones más frecuentes y el tiempo de retirada no está aún bien establecido.

ENDOSCOPIAS

1. COLEDOCODUODENOSTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL DRENAJE DE LA OBSTRUCCIÓN BILIAR DE ETIOLOGÍA TUMORAL

A.M. Sánchez Pardo, V. Sanchiz, D. Martí, M.P. Ballester, C. Suria, C. Gálvez, A. Peña, F. Mora
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La coledocoduodenostomía realizada con stents metálicos de aposición luminal (Axios) y guiada mediante ecoendoscopia es una alternativa para el drenaje biliar en casos en los que no se logra el acceso a través de la papila mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de la coledocoduodenostomía realizada mediante ecoendoscopia con stents metálicos de aposición luminal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional de la serie de pacientes a los que se les realizó una coledocoduodenostomía mediante la utilización de stents de aposición luminal en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, desde agosto de 2016 hasta septiembre 2018. Se evaluó la eficacia en términos de éxito clínico (descenso de bilirrubina total en un 50% en la primera semana o del 75% a las cuatro semanas) y técnico (buen drenaje biliar) así como las complicaciones derivadas de este procedimiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 casos de coledocoduodenostomía llevadas a cabo mediante ecoendoscopia. En diez casos tras imposibilidad de acceso a colédoco mediante CPRE y en uno como primera opción. La edad media fue de 74 (rango 57-87) años, siendo cinco casos mujeres. La etiología de la obstrucción biliar fue en 8 pacientes neoplasia pancreática, en 2 ampuloma y en 1 infiltración duodenal por neoplasia vesical con carcinomatosis peritoneal. Con el ecoendoscopio lineal, desde bulbo, se realizaron las coledocoduodenostomías con stent AXIOS de 8x6 mm mediante sistema Hot AXIOS. Se consiguió éxito técnico y éxito clínico en el 100% de los casos. Las únicas complicaciones de la serie fueron la mal posición del stent en un caso que pudo resolverse mediante técnica rendez vous en un segundo tiempo y la obstrucción parcial del

stent por salida de barro biliar y litiasis en otro caso que se resolvió en la misma exploración con la colocación de doble pig-tail a través del stent.

CONCLUSIÓN

La coledocoduodenostomía con prótesis Hot AXIOS para el drenaje biliar es una alternativa segura y eficaz en la patología maligna que afecta al colédoco distal en casos en los que no se puede acceder por CPRE.

2. UTILIDAD DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON SISTEMA INTRODUTOR EXTERNO EN ESTENOSIS TUMORALES

E. Romero González, M.P. Ballester Ferré, A.M. Sánchez Pardo, D. Martí Aguado, P. Navarro, R. Villagrasa Manzano, C. Gálvez, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, F. Mora Miguel
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universitat de València.

INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un método de nutrición enteral en pacientes con incapacidad para la ingesta oral. Existen 3 tipos de sistemas de colocación: “pull”, “push” e introductor externo. En caso de estenosis esofágica o del área ORL se puede colocar una GEP con/sin dilatación previa como alternativa a la radiología y la cirugía.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de la GEP colocada mediante sistema introductor en pacientes con estenosis tumoral.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo (enero 2011-octubre 2018), observacional, de las GEP colocadas mediante sistema introductor, sonda tipo balón y endoscopio ultrafino (15/16) debido a la existencia de estenosis tumoral. Se evaluaron indicaciones, estado basal de los pacientes, técnica empleada, tasa de complicaciones y evolución clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 procedimientos en 15 pacientes (14 hombres y 1 mujer) con edad media de 63 ± 9 años. En 10 casos (62.5%) el tumor se localizó en esófago, 7 (44%) en el tercio superior, y en 6 (37.5%) en el área ORL. La media del Índice de comorbilidad de Charlson fue 6.9 ± 3 y el Karnofsky de 75.6 ± 3 . La albúmina media era del 3.4 ± 0.7 g/dL presentando el 19% de los

pacientes malnutrición. El 31.3% recibía tratamiento antiagregante/anticoagulante. En la mitad de los casos la GEP se indicó previo a QT y RT con intención curativa, en el 37.5% con intención paliativa y en el 12.5% por estenosis post-quirúrgica.

El éxito técnico fue del 100%, requiriendo dilatación neumática en el 50%, la mayoría con control radiológico (6/8). 15 procedimientos se realizaron bajo sedación profunda (Propofol), sólo 3 con intubación orotraqueal. El 62.5% recibieron antibioterapia previa. La tasa de complicaciones fue del 25%, 3 precoces (2 infecciones del estoma y 1 hemorragia leve, tratadas de forma conservadora) y 1 tardía (intrusión). En 9 casos la sonda fue retirada por recambio, 1 por curación y 3 por exitus. No hubo ningún exitus relacionado con la técnica.

CONCLUSIONES

La GEP mediante sistema introductor con la utilización del endoscopio ultrafino es un método eficaz, seguro y sin riesgo de diseminación tumoral para la nutrición en pacientes con estenosis malignas, por lo que podría considerarse el método de elección dentro de la gastrostomía endoscópica frente a la radiológica o quirúrgica.

VIDEOFORUM

3. USO DEL CISTOTOMO EN EL MANEJO DE LAS ESTENOSIS BILIARES Y PANCREÁTICAS DIFÍCILES

C. Mangas-Sanjuan, M. Bozhychko, K. Cárdenas-Jaén, J.I. Cameo, L. Medina, S. Baile, J. Martínez Sempere, J.A. Casellas Valde, J.R. Aparicio

Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

Las estenosis biliares o pancreáticas ocurren con frecuencia tras una cirugía o en el contexto de una pancreatitis crónica. En la mayoría de los casos, tras pasar una guía, se consigue tratar la estenosis con balón de dilatación, catéteres dilatadores o ambos. Sin embargo, en ocasiones tras pasar la guía, no se consigue avanzar ningún tipo de dilatador sobre dicha guía. En estos casos, el uso del cistotomo de 6 Fr sobre la guía, aplicando corriente de corte, puede ser de gran utilidad en el manejo de estos casos.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA

Se presentan 3 casos de estenosis, 2 en biliares postrasplante hepático y post-colecistectomía y una pancreática en pancreatitis crónica. En los 3 casos, tras conseguir pasar una guía por la

estenosis, no se consiguió avanzar sobre la guía ningún otro material para realizar la dilatación de la estenosis. Se usó el cistotomo con corriente de corte sobre la guía, a nivel de la estenosis, consiguiendo posteriormente pasar un balón de dilatación por la estenosis. No se observaron complicaciones.

CONCLUSIONES

El uso del cistotomo puede ser de gran utilidad en el manejo de las estenosis bilio-pancreáticas difíciles.

4. USO DEL CLIP OVER-THE-SCOPE EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL RECIDIVANTE

C. Mangas-Sanjuan, M. Bozhychko, B. Martínez, J.M. Palazón, J. Martínez Sempere, J.A. Casellas Valde, J.R. Aparicio

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Se presentan 3 casos de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) por varices esofágicas con mucosa fibrosa. Todos ellos habían recibido previamente sesiones de ligadura endoscópica con bandas (LEB). Dada la dificultad para colocación de bandas elásticas por varices fibrosas, se decide colocar en contexto de hemorragia aguda, clip over-the-scope (OTSCs; Ovesco, Tübingen, Germany) tipo “a” de 12mm utilizando un gastroscopio diagnóstico (Olympus).

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA

- Caso-1: Varón, 64 años, cirrosis hepática (CH) autoinmune e hipertensión portal (HTP). Presenta varices esofágicas planas, una de ellas con sangrado activo babeante. Tras fracaso de terapéutica con LEB, se coloca clip OTSC.

- Caso-2: Mujer, 61 años, hiperplasia nodular regenerativa secundaria a Síndrome de Rendu Osler e HTP. Presenta varices esofágicas planas, y en una de ellas se aprecia sangrado en jet a 30cm de arcada dental. Se intenta LEB sin éxito por no poder sobreelevar la mucosa, por lo que se coloca un clip OVESCO.

- Caso-3: Mujer, 58 años, CH por VHC e HTP. Se aprecian dos cordones varicosos y dos cicatrices de bandas previas, una de ellas en 1/3medio con signos de riesgo. Se colocan 2 bandas, pero se aprecia dislaceración de la cicatriz del 1/3medio con sangrado babeante persistente que se trata con un clip over-the-scope consiguiendo hemostasia.

En ningún caso se produjeron complicaciones inmediatas, produciéndose adecuado control de la HDA sin recidiva posterior.

CONCLUSIÓN

El clip de tipo over-the-scope puede ser útil para el manejo agudo de la HDA sobre mucosa esofágica cicatricial.

5. TRATAMIENTO DE FÍSTULA GASTROGÁSTRICA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA MEDIANTE SUTURA ENDOSCÓPICA CON EL SISTEMA APOLLO OVERSTITCH

V. Sanchiz Soler, C. Suria Bolufer, M.R. Davis González, D. Martí Aguado, M.P. Ballester Ferré, I. Ortiz Polo, A. Peña Aldea, F. Mora

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Paciente intervenida hace 3 años de obesidad mórbida mediante bypass gástrico laparoscópico con anastomosis gastroyeyunal y reservorio gástrico. Consulta por nueva ganancia ponderal y dispepsia. En las pruebas complementarias destaca una fuga de contraste en el tránsito baritado (imagen 1). En la gastroscopia se observa un orificio fistuloso (OF) de 6 mm de diámetro en la parte proximal (vertiente gástrica) de la anastomosis.

ENDOSCOPIA

Se decide realizar el cierre del OF con sutura endoscópica mediante el sistema Apollo Overstich (vídeo). En el receso gástrico en retrovisión se identifica el OF en la vertiente gástrica de la anastomosis gastroyeyunal. Se fulguran con gas Argón los bordes del OF. Se marcan también con Argón alrededor del OF las áreas referencia para colocar posteriormente los puntos de sutura. Se introduce el sobretubo y por su interior el endoscopio de doble canal con el sistema Overstich montado. Se colocan un total de 4 puntos en 8 alrededor del OF, consiguiendo cerrar la fístula con la tracción de la sutura. En el tránsito baritado de control no se observan imágenes de fuga de contraste (imagen 2). La gastroscopia realizada dos meses después objetiva el cierre del OF (imagen 3).

COMENTARIOS/CONCLUSIONES

La sutura endoscópica mediante el sistema Apollo Overstitch es un tratamiento eficaz y seguro en el manejo de las fístulas gástricas tras cirugía bariátrica.

6. PANCREATITIS CRÓNICA, DERIVACIÓN PANCREÁTICA MEDIANTE RENDEZ-VOUS

M. Capilla Lozano, V. Sanchiz Soler, D. Martí Aguado, E. Romero González, C. Gómez Medina, I. Pascual, A. Peña Aldea, F. Mora

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis crónica es un proceso que produce dolor abdominal, que puede atribuirse a estenosis y alteraciones del conducto pancreático (CP). La descompresión del CP puede mejorar el dolor abdominal y es posible realizarla por vía endoscópica. Cuando no es posible acceder por vía transpapilar una alternativa es a través de ecoendoscopia con técnica de rendez-vous.

ENDOSCOPIA

Hombre de 64 años con pancreatitis crónica y episodios recurrentes de reagudización. El TAC muestra atrofia difusa de la glándula pancreática y dilatación del CP alcanzando un diámetro de 27 mm en cuello condicionado por calcificaciones distribuidas en la cabeza. Se realiza CPRE sin conseguir acceder al conducto de Wirsung a través de la papila, por lo que se decide la vía transgástrica. Con ecoendoscopia lineal se localiza el CP a través del estómago a nivel del cuerpo pancreático y se punciona con una aguja de 19 G, se administra contraste y se pasa una guía que se extrae por papila. Se retira el endoscopio y se introduce duodenoscopia, capturando mediante técnica de rendez-vous la guía. Se dilata la estenosis con balón Rigiflex hasta 6 mm de diámetro y se coloca un stent de plástico de 10 Fr y 7 cm. Tras la colocación de la prótesis se evidencia en el control radiológico posterior una disminución significativa de la dilatación del CP.

COMENTARIOS/CONCLUSIONES

La colocación de prótesis mediante rendez-vous pancreático se propone como alternativa para la descompresión de la vía pancreática y el alivio del dolor en pacientes con pancreatitis crónica.

7. METÁSTASIS DUODENAL DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN: UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

L. González González, C. Boix Clemente, P. Suárez Callol, C. Albert Antequera, L. García Llabata, J. Gallego Sánchez, E. Sánchez Ramos, A. Vallejo Antolín, L. Ferrer Barceló, A. Durá Ayet, J. Sempere García-Argüello

Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis de adenocarcinoma pulmonar generalmente se localizan en los huesos, hígado, glándulas adrenales y cerebro. Sin embargo, en el intestino delgado son extremadamente infrecuentes (0.3-1.7%), siendo a su vez el duodeno la zona menos frecuente. Las manifestaciones clínicas secundarias ocurren en fases avanzadas, pudiendo manifestarse como obstrucción, perforación o hemorragia digestiva.

CASO CLÍNICO

Varón de 77 años, exfumador y anticoagulado con acenocumarol. Consulta por hematemesis y melenas, presentando hemoglobina 11.2 g/dl, INR 3.6, urea 264 mg/dl y creatinina 2.18 mg/dl. En la radiografía torácica se observa derrame pleural derecho de nueva aparición. Tras estabilización hemodinámica se realiza gastroscopia observando restos hemáticos en segunda porción duodenal sin sangrado activo y sin encontrar causa del sangrado. A las 48 horas se realiza nueva gastroscopia que evidencia en segunda porción duodenal un área de mucosa protruida. Se cambia al duodenoscopio para mejorar la visión, observando una lesión sobreelevada redondeada de 2-3 cm, excavada con gran ulceración central, sugestiva de origen neoplásico, que se biopsia. Se realiza TC mostrando una tumoración hilar derecha de 37x30 mm que estenosa el bronquio principal ipsilateral con derrame pleural y lesiones metastásicas en hígado y huesos.

Dado el mal estado clínico del paciente no se realiza fibrobroncoscopia y finalmente la biopsia duodenal arroja un resultado de adenocarcinoma con patrón de inmunohistoquímica (IHQ) sugestivo de linfangitis tumoral de origen pulmonar poco diferenciado: positividad frente a TTF1 y CK 7 y negatividad frente a CK 20 (fig.4). El paciente fallece a los pocos días.

CONCLUSIONES

Existen escasos casos publicados de metástasis duodenales de carcinoma pulmonar. La endoscopia con toma de biopsias es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo,

siendo la IHQ la técnica que permite el diagnóstico diferencial entre el origen intestinal y pulmonar. En nuestro caso, debido a la localización de la lesión, el uso del duodenoscopio nos permitió realizar una mejor valoración del origen de la hemorragia. En algunos casos se ha descrito la resección endoscópica o quirúrgica de este tipo de lesiones; sin embargo, dado el mal estado de nuestro paciente, no se pudo plantear esa opción.

XXXII
CONGRESO DE LA **SVPD**

22 / 23 DE NOVIEMBRE DE 2018
VALENCIA, COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Organiza:



SVPD
Sociedad Valenciana
de Patología Digestiva

Hospital General Universitario de Valencia

Secretaría Técnica:



Gran Vía 81, 5º Dpto. 5. 48011 Bilbao | Tel. 94 427 88 55
info@congresosxxi.com | www.congresosxxi.com

www.svpd2018.com