

XXX reunión vasco-navarra de Patología Digestiva

LIBRO DE COMUNICACIONES



San Sebastián - Hotel Amara Plaza
16 y 17 de Noviembre de 2007

Organiza:



SOCIEDAD VASCO-NAVARRA
PATOLOGIA DIGESTIVA
PATOLOGIA DIGESTIBOAREN
EUSKAL-NAFARRO ELKARTEAREN



COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: Dr. A. Arín (H. de Navarra) y Dr. J. I. Arenas (H. Donostia).

1.- Tumores Estromales Gastrointestinales (GIST). Presentación de 22 casos.

Díaz Roca A. B., Ortiz de Zárate J., Ruiz P., Bravo M., Hijona L., Calderón A. J., Orive V.

Hospital de Basurto.....pág. 6

2.- Estudio de posibles factores favorecedores de la multicentricidad en el Cáncer Colo-rectal.

A. Borda, J. M^a. Martínez-Peñuela*, M. Muñoz-Navas, C. Prieto**, M. Betés, F. Borda**

Dpto. Digestivo. Clínica Universitaria de Navarra, *S^o. Anatomía Patológica y **S^o Digestivo.

Hospital de Navarra.pág. 7

3.- Cuantificación de la concentración de hierro en hígado mediante resonancia magnética de 1 y 1,5 Tesla.

Eva Zapata, Agustín Castiella, Javier Fernández, Pedro Otazua, Lourdes Jauregui, Ana Gabilondo, José Manuel Alustiza, Alberto Arriola, Grupo Gipuzkoa 1 Tesla. Servicios de Digestivo y Radiología.

Hospitales Mendaró, Mondragón, Donostia. R. M. Manterola. Osatek Donostia.....pág. 8

4.- Elastografía de transición (Fibroscan[®]) y severidad de la Cirrosis.

Félix Alegre Garrido¹, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica¹, Jorge Quiroga Vila¹, Bruno Sangro Gómez-Acebo¹, Jesús Prieto Valtueña¹, José Ignacio Herrero Santos¹.

1- Unidad de Hepatología. Dpto. de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra.pág. 9

5.- Estudio prospectivo de la efectividad de la PillCam COLON frente a la colonoscopia convencional en la detección de lesiones a nivel del colon: Resultados preliminares.

I. Fernández-Urién, C. Carretero, A. Borda, M. Betés, J. C. Súbtil, M. Muñoz-Navas.

Servicio de Digestivo. Clínica Universitaria de Navarra.pág. 10

6.- Efecto del Resveratrol sobre la Esteatosis Hepática no Alcohólica en un modelo murino.

Hijona E., Bujanda L.¹, Larzabal M.², Alberto González³, J. María García-Arenzana³, Belén Irastorza⁴, Pilar Bachiller⁴, Aldazabal P., Arenas J. I.¹

1- Servicio de Digestivo. 2- Servicio de Anatomía Patológica. 3- Servicio de Microbiología.

4- Departamento de Farmacia. Unidad Experimental. Hospital Donostia.pág. 11

7.- Prevalencia e incidencia del esófago de Barrett en las unidades de endoscopia.

Bujanda L., Sarasqueta C., Cosme A., Patricia Salvador¹, Enrique Ojembarrena¹, Carmen Muñoz², Ponce M.³, Gallach M.⁴, Ponce J.³, Calvet X.⁴, en representación del grupo de esófago, estómago y duodeno de la Asociación Española de Gastroenterología.

Servicio de Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastián. 1- Servicio de Digestivo. Hospital de Cruces.

2- Servicio de Digestivo. Hospital San Eloy. 3- Servicio de Digestivo. Hospital Universitario La Fe.

4- Servicio de Digestivo. Hospital de Sabadell.pág. 12

8.- Utilidad de la inmunohistoquímica en los Cánceres Extra-Colorrectales de pacientes con Síndrome de Lynch (Cáncer Colorrectal hereditario no asociado a Poliposis).

A. Guerra¹, R. Guarch², M. Montes², A. Alonso³, S. Moreno³, J. Jiménez⁴, C. Oroz⁵, A. Pueyo¹.

1- Servicios de A. Digestivo. 2- A. Patológica. 3- Genética. 4- Urología. 5- Ginecología.

Hospital Virgen del Camino.....pág. 13

VÍDEOS/CD/DVD

1.- Tratamiento con Dilatación Endoscópica y anti TNF (Infliximab) en paciente con E. Crohn y Estenosis Intestinal.

Silvia Estrada, Rosario Calderón, Marta Salvador, Elvira Delgado, Agustín Azpiazu, Koldo Hurtado, Carlos Enciso, Francisco García Campos.

Hospital Txagorritxu.....pág. 14

2.- Descompresión Colónica mediante sobretubo plástico acoplado a endoscopio ultrafino.

Carlos Enciso, José Miguel López Barbarín, Silvia Estrada, Rosario Calderón, Salvador Sabaleta, Francisco García Campos.

Hospital Txagorritxu.....pág. 15

3.- Lesión de Dieulafoy: Tratamiento endoscópico combinado y revisión del tratamiento.

Leire Zubiaurre, Fernando Múgica, Luis Fernando Alzate, Goyo Urdapilleta, Antonio Berbiela, Eva Zapata, Agustín Castiella, Unai Goikoetxea.

Hospital Donostia.....pág. 16

4.- Hemorragia Digestiva Alta Recidivante de Etiología Insólita.

Carlos Enciso, José Miguel López Barbárin, Asunción Marcaide, Agustín Azpiazu, Rosario Calderón, Silvia estrada, Francisco García Campos.

Hospital Txagorritxu.....pág. 17

PÓSTERS

1.- Tratamiento con Adalimumab en pacientes con Colitis Ulcerosa con intolerancia o pérdida de respuesta a Infliximab. Nuestra experiencia en 2 casos.

Merino Olga, Delgado Lissette, Ibáñez Silvia, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 18

2.- Prevalencia de Displasia/Cáncer Colorrectal en pacientes con Colitis Ulcerosa.

Merino Olga, Delgado Lissette, Urcelay Raquel, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 19

3.- Hemorragia Digestiva alta masiva por enfermedad de Crohn Gastroduodenal.

Merino Olga, Delgado Lissette, Casado Iñaki, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 20

4.- Certolizumab Pegol en el tratamiento de la enfermedad de Crohn. A propósito de un caso.

Merino Olga, Delgado Lissette, Salvador Patricia, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 21

5.- Eficacia y seguridad de Adalimumab en pacientes con Enfermedad de Crohn Fistulizante, que presentaron pérdida de respuesta o intolerancia a Infliximab. Nuestra experiencia en 7 casos.

Merino Olga, Delgado Lissette, Arechavala Aintzane, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 22

6.- Enfermedad Celiaca en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Merino Olga, Delgado Lissette, Cortes Haritz, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

Hospital de Cruces.....pág. 23



7.- Características clínicas y moleculares de una familia con Síndrome de Nem-1.

U. Goikoetxea, A. Cosme, M. Álvarez Coca, A. Beguiristain, A. M^a Cobo, M. Robledo, M. J. Aranzadi, E. Ojeda, L. Bujanda, I. Montalvo, I. Gil.

Hospital Donostia. Hospital Cruces. CNIO. Hospital Donostia.pág. 24

8.- Análisis del rendimiento diagnóstico de la colonoscopia en el paciente anciano.

Irisarri R., Vicuña M., Prieto C., Jiménez F. J., Nantes O., Borda F.

Aparato Digestivo. Hospital de Navarra.....pág. 25

9.- Estudio clínico y molecular de una familia con Síndrome de Alagille. Análisis de los casos publicados en adultos en la bibliografía Española.

N. Muro, A. Cosme, A. M. Cobo, M. Meunier-Rotival, M. Hadchouel, P. Jara, E. Ojeda, L. Bujanda, I. Montalvo, I. Gil y J. Orbegozo.

Hospital Donostia.....pág. 26

10.- Esofagitis Eosinofílica. Incidencia y características de una creciente causa de Disfagia en nuestro medio.

Nantes O.¹, Zozaya J. M.¹, Irisarri R.¹, Jiménez F. J.¹, Vicuña M.¹, Martínez-Peñuela J. M.²

1- Servicio de Aparato Digestivo. 2- Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra.....pág. 27

11.- Quistes de Colédoco en el adulto.

Borja Aginagalde, Patricia Torres, Adolfo Beguiristain, Inmaculada Ruiz, Miguel Ángel Medrano, Raúl Jiménez, Francisco Villar.

Hospital Donostia.....pág. 28

12.- Influencia del tabaco y alcohol en la edad de presentación y la localización del Cáncer Colo-rectal.

A. Borda, J. M^a. Martínez-Peñuela*, M. Muñoz-Navas, C. Prieto**, I. Fernández-Urién, F. Borda**.

Dpto. Digestivo Clínica Universitaria, * S^o. Anatomía Patológica y ** S^o. Digestivo Hospital de Navarra. Clínica Universitaria de Navarra.....pág. 29

13.- Hallazgos endoscópicos en pacientes con antecedentes familiares de Cáncer Colorrectal no hereditario. Resultados preliminares.

Casi M. A., Pueyo A., Uriz J., Briz R., Rubio S., Guerra A., Jiménez C.

Servicio de Digestivo. Hospital Virgen del Camino.pág. 30

14.- ¿Se asocia la Papila Diverticular a un mayor riesgo de Coledocolitiasis?

Vicuña M., Irisarri R., Zozaya J. M., Nantes O., Prieto C., Jiménez F. J.

Aparato Digestivo. Hospital de Navarra.....pág. 31

15.- Indicaciones y complicaciones de la Colectomía en pacientes con Colitis Ulcerosa.

Bujanda L., Cosme A., Hijona E., Enriquez-Navascués J. M., Placer C., Elozegui J. L., Arenas J.I.

Servicio de Digestivo y Servicio de Cirugía General. Hospital Donostia.pág. 32

16.- Pancreatitis Idiopática y EII.

R. Calderón, N. Puellas, S. Estrada, M. Salvador, E. Delgado, R. Bengoa, G. Basterra, F. G. Campos.

Hospital de Txagorritxu.....pág. 33

TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST).

PRESENTACIÓN DE 22 CASOS.

Díaz Roca A. B., Ortiz de Zarate J., Ruiz P., Bravo M., Hijona L., Calderón A. J., Orive V.
HOSPITAL DE BASURTO (BILBAO).

INTRODUCCIÓN:

Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo. Casi el 95% de los GIST presentan una mutación en el proto-oncogen c-Kit y tienen su origen en las células intersticiales de Cajal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analiza de forma retrospectiva los casos de GIST diagnosticados en los últimos 3 años, hasta agosto de 2007. Se recoge un total de 22 pacientes y se analiza la forma de presentación, el tratamiento recibido y los factores pronósticos.

RESULTADOS:

Se presenta a 9 mujeres y 13 varones con una edad media de 67 años. La localización más frecuente fue en el estómago 9/22, yeyuno e ileon 3/22 cada uno; recto, peritoneo y retroperitoneo 2/22 por igual y, en último lugar, duodeno 1/22. La forma de presentación más frecuente fue el hallazgo casual 6/22 y la HDA 5/22, seguido del dolor abdominal 4/22, hemoperitoneo 2/22, rectorragia 2/22, masa abdominal 1/22, obstrucción intestinal 1/22 y alteración del ritmo intestinal 1/22. El método diagnóstico predominante fue el TAC. Se realizó ecoendoscopia en 9/22 pacientes. 13 pacientes fueron tratados con cirugía únicamente, 2 con quimioterapia solo, 3 recibieron tratamiento mixto (cirugía-quimioterapia), 1 está pendiente de intervención quirúrgica, en 2 pacientes se ha tomado una actitud expectante y uno ha fallecido a causa del tumor. El tamaño tumoral fue igual o mayor de 5 cm en 11 pacientes, de los cuales 4 no han mostrado recidiva radiológica, 5 en recidivado, 1 ha fallecido y 1 no ha sido tratado. 11 GIST han sido menores de 5 cm de los cuales 8 están libres de enfermedad en la actualidad, 1 ha fallecido, 1 está pendiente de intervención quirúrgica y en uno se ha tomado una actitud expectante. Ha habido 2 fallecimientos en relación con el tumor. En un paciente se ha empleado tratamiento adyuvante con Glivec previo a la intervención quirúrgica con éxito.

CONCLUSIONES

- 1.- La localización más frecuente es el estómago.
- 2.- La forma de presentación más frecuente fue la HDA y el diagnóstico como hallazgo casual.
- 3.- El scanner fue la prueba radiológica más sensible para el diagnóstico.
- 4.- Un tamaño tumoral > 5 cm y un índice mitótico alto son factores de mal pronóstico.
- 5.- En caso de presencia de metástasis, el tratamiento de elección es el Glivec.
- 6.- El tratamiento complementario con Glivec puede ser útil para disminuir el tamaño tumoral, el índice mitótico y mejorar así el pronóstico del paciente.



ESTUDIO DE POSIBLES FACTORES FAVORECEDORES DE LA MULTICENTRICIDAD EN EL CÁNCER COLO-RECTAL.

A. Borda, JM^a. Martínez-Peñuela*, M. Muñoz-Navas, C. Prieto, M. Betés, F. Borda****

DPTO. DIGESTIVO. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA; * S^o. ANATOMÍA PATOLÓGICA Y **S^o DIGESTIVO. HOSPITAL DE NAVARRA. PAMPLONA.

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA.

INTRODUCCIÓN:

En el cáncer colo-rectal son poco conocidas las causas del frecuente desarrollo de lesiones neoplásicas sincrónicas. Pretendemos identificar posibles factores que pudieran influir en la multicentricidad lesional. Su conocimiento sería útil para, tras el tratamiento de las lesiones iniciales, optimizar el seguimiento en los pacientes que los presentaran.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Revisamos 382 cánceres colo-rectales diagnosticados mediante colonoscopia completa. Estudiamos la frecuencia de multicentricidad lesional: presencia de carcinomas o adenomas sincrónicos. Comparamos una serie de parámetros referentes a los antecedentes personales y familiares, hábitos, datos clínicos y características del tumor entre los grupos con y sin lesiones neoplásicas sincrónicas, mediante análisis estadístico univariable y multivariable.

RESULTADOS:

El 54,5% de los pacientes presentaron adenomas sincrónicos y el 7,3% carcinoma sincrónico. En el análisis multivariable el sexo masculino: OR = 2,25, IC = (1,33-4,11), p = 0,008; la edad superior a 59 años: OR = 2,70, IC = (1,59-4,60), p < 0,000001; el antecedente personal de pólipo colónico: OR = 3,46, IC = (1,15-10,43), p = 0,027, el carácter obstructivo del cáncer: OR = 0,54, IC = (0,30-0,98), p = 0,042 y el consumo asociado de tabaco y alcohol: OR = 5,91, IC = (1,52-22,92), p = 0,01, se asocian significativamente con la multicentricidad lesional.

CONCLUSIONES:

- 1.- Nuestros cánceres colo-rectales registraron una alta tasa de lesiones neoplásicas sincrónicas.
- 2.- El estudio muestra una serie de parámetros, de fácil determinación, que pudieran comportarse como factores de riesgo para el desarrollo de multicentricidad lesional.
- 3.- Estos factores deberán confirmarse mediante un estudio de seguimiento, analizando su comportamiento entre los pacientes que presenten o no lesiones metacrónicas tras la limpieza quirúrgico-endoscópica inicial.

CUANTIFICACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE HIERRO EN HÍGADO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE 1 Y 1,5 TESLA.

Eva Zapata, Agustín Castiella, Javier Fernández, Pedro Otazua, Lourdes Jauregui, Ana Gabilondo, José Manuel Alustiza, Alberto Arriola, Grupo Gipuzkoa 1 Tesla.

SERVICIOS DE DIGESTIVO Y RADIOLOGÍA.

HOSPITALES MENDARO, MONDRAGÓN, DONOSTIA. R.M. MANTEROLA.

OBJETIVO:

Evaluar la cuantificación de la CHH mediante RM de 1 Tesla y la capacidad de diagnosticar o descartar hemocromatosis.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre 2002 y 2006 se han realizado estudios de RM de hígado y biopsias hepáticas a 41 pacientes. Se ha comparado la cuantificación de la CHH realizada sobre biopsia hepática con RM mediante el método del Dr. Gandon en 31 pacientes. Otros 10 pacientes fueron estudiados en una máquina de 1.5 teslas.

RESULTADOS:

Según la CHH medida sobre biopsia hepática, 11 pacientes son normales (< 36 micromol.Fe/gr), 15 tienen hemosiderosis (36-80) y 5 hemocromatosis (>80). La correlación con los valores calculados por RM para cada uno de los 3 grupos fue la siguiente: 100% de los 5 casos con hemocromatosis fueron correctamente clasificados. En los 15 pacientes con hemosiderosis, 5 fueron correctamente clasificados y en 10 se sobrestimó la CHH. De los 11 pacientes normales, 6 fueron correctamente clasificados como tales y 5 sobrestimados. La cuantificación >80 en RM tiene un VPN y sensibilidad del 100% para el diagnóstico de hemocromatosis, con una especificidad del 50%. La cuantificación <36 en RM tiene un VPP y especificidad del 100% para identificar la ausencia de sobrecarga férrica. En los 10 pacientes evaluados con RM 1,5T la CHH se corroboraron los resultados del estudio previo de Alustiza y cols.

CONCLUSIÓN:

La RM de 1 tesla es útil para descartar hemocromatosis e identificar la ausencia de sobrecarga férrica. Se observa una tendencia a la sobrestimación tanto en los pacientes con sobrecarga como los normales lo que limita su fiabilidad en el diagnóstico de sobrecarga férrica por RM. La RM de 1.5 teslas con un modelo de cálculo validado es una buena alternativa para cuantificar más exactamente la CHH.



ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®) Y SEVERIDAD DE LA CIRROSIS.

Félix Alegre Garrido¹, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica¹, Jorge Quiroga Vila¹, Bruno Sangro Gómez-Acebo¹, Jesús Prieto Valtueña¹, José Ignacio Herrero Santos¹.

1-UNIDAD DE HEPATOLOGÍA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA.

INTRODUCCIÓN:

La elastografía de transición (Fibroscan®) permite determinar de forma no invasiva el grado de rigidez hepática. Aunque se ha utilizado como estimación de la fibrosis, sobre todo en pacientes con hepatopatía no avanzada, su papel en el estudio de los pacientes con cirrosis no está establecido.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron un total de 107 pacientes con diagnóstico clínico ± anatomopatológico de cirrosis hepática a los que se realizó elastografía de transición. Se correlacionó la rigidez hepática medida por elastografía con variables clínicas y analíticas habituales.

RESULTADOS:

El análisis de los datos muestra una correlación estadísticamente significativa entre la rigidez hepática determinada por elastografía y distintos parámetros clínicos y analíticos: bilirrubina (Rho=0.553, $p<0.001$), tiempo de protrombina (Rho=0.603, $p<0.001$), albúmina (Rho=0.324, $p=0,001$), estadio funcional Child-Pugh (Rho=0.454, $p<0.001$) y valor de MELD (Rho=0.509, $p<0.001$). También se observa una mayor rigidez hepática cuando se comparan pacientes con cirrosis por alcohol frente a otras causas de hepatopatía ($p<0.001$). No se observó correlación entre rigidez hepática y otras variables como función renal, plaquetas, GPT, sexo o edad.

Se realizó posteriormente estudio multivariado estableciendo como punto de corte una rigidez hepática medida por elastografía de 30 kPa. En el mismo se observa una mayor rigidez hepática en grados más severos de cirrosis hepática (estimada por estadio funcional Child-Pugh, $\text{expB}=4.76$, $p=0.001$) y en pacientes con cirrosis por alcohol ($\text{expB}=4.76$, $p=0.001$), de forma independiente.

CONCLUSIONES:

La elastografía de transición es una técnica no invasiva que podría ser útil para estimar el grado de severidad de la cirrosis en pacientes con hepatopatía ya conocida. No obstante, su papel en el estudio de pacientes cirróticos debe ser definido en futuros estudios.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA EFECTIVIDAD DE LA PILLCAM COLON FRENTE A LA COLONOSCOPIA CONVENCIONAL EN LA DETECCIÓN DE LESIONES A NIVEL DEL COLON: RESULTADOS PRELIMINARES.

**I. Fernández-Urién; C. Carretero; A. Borda; M. Betés; JC. Súbtil; M. Muñoz-Navas.
SERVICIO DE DIGESTIVO. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA. PAMPLONA.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La colonoscopia es considerada la técnica "Gold Standard" para el estudio del colon. No obstante, la adhesión a los programas de screening es inferior a la deseable. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la efectividad y la seguridad de la colonoscopia con cápsula en la detección de lesiones a nivel del colon en comparación con la colonoscopia convencional.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo y comparativo en el que se incluyeron 63 pacientes con sospecha de patología en el colon y que iban a ser sometidos a una colonoscopia. Todos los pacientes ingirieron inicialmente la cápsula para ser sometidos posteriormente a la colonoscopia. Endoscopistas independientes realizaron ambos procedimientos (estudio doble ciego). Se analizó la efectividad de la cápsula en la detección de diversas lesiones en el colon, así como la seguridad del procedimiento y la efectividad de la preparación propuesta.

RESULTADOS:

Entre Noviembre de 2006 y Junio de 2007, se incluyeron 63 pacientes (43 hombres y 20 mujeres con una edad media de 56.3 ± 9 años). Las colonoscopias fueron indicadas por síntomas en población de riesgo (61%), antecedentes de pólipos (17%), CCR conocido (13%), sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (6%) y pólipos conocidos (2%). Todas se realizaron sin incidencias en menos de 24 horas tras la ingestión de la cápsula. Todos los pacientes ingirieron la cápsula sin dificultad y 53 (83%) la excretaron antes de finalizar la batería (9 horas aprox.). La preparación fue buena o excelente en el 80% de las colonoscopias con cápsula y en el 91% de las colonoscopias convencionales ($p > 0,05$). El rendimiento global de la cápsula para la detección de lesiones en el colon fue: sensibilidad (S) = 86%, especificidad (E) = 80%, VPP = 75% y VPN = 61%; para la detección de pólipos: S=80%, E=90%, VPP=88% y VPN=71%; para la detección de pólipos >6mm: S=80%, E=97%, VPP=88% y VPN=94%; para la detección de neoplasias: S=100%, E=100%, VPP=100% y VPN=100% y para la detección de otras lesiones: S=93%, E=80%, VPP=70% y VPN=96%. Un paciente experimentó una retención parcial de la cápsula, que se solucionó con medidas conservadoras.

CONCLUSIONES:

La colonoscopia con cápsula es una técnica aparentemente eficaz en la detección de lesiones a nivel del colon. Es además una técnica cómoda y segura para el paciente, por lo que podría ser una buena alternativa a la colonoscopia en el screening del CCR.



EFECTO DEL RESVERATROL SOBRE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA EN UN MODELO MURINO.

Hijona E., Bujanda L.¹, Larzabal M.², Alberto González³, J. María García-Arenzana³, Belén Irastorza⁴, Pilar Bachiller⁴, Aldazabal P., Arenas J. I.¹.

UNIDAD EXPERIMENTAL. HOSPITAL DONOSTIA. SAN SEBASTIÁN.

1-SERVICIO DE DIGESTIVO. 2-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. 3-SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. 4-DEPARTAMENTO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

INTRODUCCIÓN:

La esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) es una enfermedad metabólica frecuente, de etiología desconocida que se asocia a la hipercolesterolemia, la obesidad y la diabetes. Hasta en un 26% puede evolucionar a la cirrosis.

El resveratrol es un polifenol presente en la piel de las uvas y otros frutos y vegetales, que ha demostrado tener efectos beneficiosos en modelos de intoxicación alcohólica en ratones.

OBJETIVO:

Determinar el efecto del resveratrol sobre la EHNA en ratas y su relación con el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estableció EHNA en un modelo murino mediante la administración de una dieta modificada carente de lípidos (80% almidón, 16% caseína y 4% vitaminas y minerales) administrada en 4 ciclos (1 ciclo = 3 días de ayuno y 4 días de comida). Las ratas utilizadas eran Wistar CRL: Wi (Han), machos de 225g. Se establecieron los siguientes grupos: Control (N=12): dieta estándar; Ayuno (N=12): dieta estándar con ciclos; Dieta (N=12): dieta modificada; Esteatosis (EST*) (N=12): dieta modificada con ciclos; Simulación (SHAM) (N=12); dieta modificada con ciclos más 1ml/día de agua bidestilada por sondaje orogástrico; Resveratrol (RES) (N=12): Idéntico al SHAM añadiendo al agua 10 mg de resveratrol. A los 28 días del inicio se sacrificaban las ratas. Se determinó el grado de depósito de grasa en el hígado y la determinación de transaminasas y TNF alfa en suero. El depósito de grasa se clasificó en: Grado 0 (0%), Grado I (<33%), Grado II (33-66%), Grado III (>66%).

RESULTADOS:

El grado de esteatosis hepática fue de III en el grupo EST y SHAM frente a 0 los grupos Control, Dieta y Ayuno ($p<0,05$). El grupo RES presentó un grado I en los depósitos de grasa. Las diferencias entre el grupo SHAM y RES fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$). El nivel plasmático de ALT también fue superior en el grupo SHAM (66 mg/dl) frente al grupo RES (33 mg/dl) sin presentar diferencias significativas. La concentración de TNF-alfa, fue menor en el grupo RES (26.2 pg/ml) que en el grupo SHAM (32.7 pg/ml) y EST (33.4 pg/ml) ($p<0.05$).

CONCLUSIÓN:

1º El resveratrol disminuye la severidad de la EHNA en ratas.

2º Este efecto puede estar mediado por la inhibición del TNF-alfa.

Trabajo financiado por el FIS: PI04/1730 y Sanidad del Gobierno Vasco 2005111096 y 2007021011.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA.

Bujanda L., Sarasqueta C., Cosme A., Patricia Salvador¹, Enrique Ojembarrena¹, Carmen Muñoz², Ponce M.³, Gallach M.⁴, Ponce J.³, Calvet X.⁴, en representación del grupo de esófago, estómago y duodeno de la Asociación Española de Gastroenterología.

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DONOSTIA. SAN SEBASTIÁN. 1-SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DE CRUCES (BARACALDO). 2-SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL SAN ELOY (BARACALDO). 3-SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE (VALENCIA). 4-SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL DE SABADELL (SABADELL).

La prevalencia del esófago de Barrett (EB) es desconocida. No existe consenso sobre su incidencia. La complicación más importante del EB es el desarrollo de adenocarcinoma esofágico.

OBJETIVO:

Conocer la prevalencia, la incidencia y las características epidemiológicas del EB en las unidades de endoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron de forma retrospectiva los pacientes con EB detectados en las unidades de endoscopia de 24 Hospitales distribuidos en 11 comunidades autónomas. El periodo de estudio fue de enero a diciembre del 2005 (un año). En cada unidad de endoscopia se revisaron las endoscopias altas y se analizaron aquellas diagnosticadas de EB.

RESULTADOS:

En los 24 hospitales se realizaron 87.976 endoscopias altas. En 1486 (1,68%) se objetivó EB, de los que en 958 (1,08%) fueron confirmadas histológicamente. El diagnóstico de EB largo, igual o mayor a 3 cm, se comprobó en 698 (0,79%) y, menor a 3 cm, en 788 (0,9%). En 887 (1%) se hizo el diagnóstico de EB por primera vez, mientras que en 599 (0,67%) ya se conocía su diagnóstico mediante endoscopias previas. El 73% (1087) de los EB eran hombres y el 27% (399) mujeres. La edad media en el EB era de 57,48±15,73 años, superior a los pacientes que presentaban cualquier grado de esofagitis (53,94±17,76 años). De todos los EB un 25% (372) presentaban esofagitis asociada. De las 87.976 endoscopias, 5882 (6,69%) tenían esofagitis, 372 (0,42%) esofagitis más EB, y 1114 (1,26%) únicamente EB. En total hubo 6254 pacientes con esofagitis (7,1%). Un 5,7% de los pacientes con esofagitis presentó EB.

Se detectaron 8 (0,5%) adenocarcinomas de esófago en los pacientes con EB. En los pacientes con esofagitis hubo 4 (0,1%) cánceres de esófago. Un paciente con EB tuvo displasia severa y ninguno en el grupo de pacientes con esofagitis. Respecto a la coexistencia de cáncer gástrico (CG), se hallaron 33 CG: 4 (0,3%) en pacientes con EB y 29 (0,5%) en los pacientes con esofagitis. La presencia de EB se asoció de forma significativa con el sexo (más frecuentes en hombres que en mujeres) y con la presencia de esofagitis ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

La incidencia de pacientes con EB en las unidades de endoscopias es del 1% y la prevalencia del 1,68%. El EB se asoció con más frecuencia al sexo masculino y a la presencia de esofagitis. En esta revisión, el riesgo de desarrollar adenocarcinoma sobre EB fue bajo.



UTILIDAD DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA EN LOS CÁNCERES EXTRA-COLORRECTALES DE PACIENTES CON SÍNDROME DE LYNCH (CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO ASOCIADO A POLIPOSIS).

A. Guerra¹, R. Guarch², M. Montes², A. Alonso³, S. Moreno³, J. Jiménez⁴, C. Oroz⁵, A. Pueyo¹.

SERVICIOS DE A. DIGESTIVO¹, A. PATOLÓGICA², GENÉTICA³, UROLOGÍA⁴ Y GINECOLOGÍA⁵ DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO DE PAMPLONA.

El síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNP) predispone a éste cáncer y a otros tumores en diversos órganos. Se produce por mutación en los genes reparadores de errores de replicación del DNA (MMR): MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2. Los cánceres extra-colorrectales son el primer tumor en algunas familias. La IHQ en el cáncer colo-rectal se ha demostrado muy eficaz como medida de selección de los posibles pacientes para el estudio genético.

OBJETIVO:

Determinar la sensibilidad de la inmunohistoquímica (IHQ) de la expresión de proteínas hMSH2, hMLH1, hMSH6 y PMS2 (MMR) en tumores extra-colónicos de pacientes con mutaciones germinales de los genes reparadores de errores de replicación del DNA.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Hemos analizado 15 tumores de 9 familias: 6 c. endometriales, 2 c. uroteliales, 2 c. gástricos, 2 c. duodenales, 2 c.ováricos y 1 c. de piel de células escamosas tipo queratoacantoma-like (Sd. de Muir-Torre). Realizamos IHQ de hMLH1, hMSH2, hMSH6 y PMS2 con anticuerpos hMLH1 a 1:50, hMSH2 a 1:100, hMSH6 a 1:50 y hPMS2 a 1:100, equipo A.Menarini. El análisis de la mutación se hizo por Denaturing Gradient Gel Electrophoresis (DGGE) y secuenciación de DNA.

RESULTADOS:	Inmunohistoquímica	Mutaciones
6 cánceres endometriales	- 5 no expresión hMSH2 (1 no informativo)	MSH2
2 cánceres uroteliales	- no expresión hMSH2	MSH2
2 cánceres gástricos	- no expresión hMSH2 (1 no informativo)	MSH2
2 cánceres duodenales	- no expresión hMLH1/MSH2	MLH1/MSH2
2 cánceres ováricos	- no expresión hMSH2	MSH2
1 cáncer de piel de céls. escam.	- no expresión hMSH2	MSH2

El paciente con cáncer duodenal tuvo 5 años antes cáncer de colon, las pacientes con cánceres uroteliales 11 y 13 años antes, cáncer endometrial y un paciente tumores sincrónicos: gástrico, duodenal y colon. En el resto de pacientes, los tumores extra-colorrectales (10/15: 66%) fueron el primer cáncer y 4 de ellos presentaron más tarde cáncer de colon.

CONCLUSIONES:

1. La sensibilidad de la IHQ para la expresión de proteínas MMR en los cánceres extra-colónicos, con respecto a la mutación, en nuestras familias con Sd. de Lynch, fue del 86 %. Por ello creemos que es un método altamente efectivo (al igual que en colon) de selección de pacientes con neoplasias no colorrectales, probables portadores de las mutaciones causantes de éste síndrome para el análisis molecular.

2. Los tumores extra-colorrectales pueden ser el "cáncer centinela" (en nuestra serie más de la mitad) y preceder al desarrollo de cáncer de colon. Además de los Digestólogos, los diferentes especialistas (Ginecólogos, Urólogos, Oncólogos y Patólogos) pueden tener un papel importante en la identificación de estos pacientes con una herramienta tan simple y barata como la inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico posterior con el análisis de la mutación.

TRATAMIENTO CON DILATACIÓN ENDOSCÓPICA Y ANTI TNF (INFLIXIMAB) EN PACIENTE CON E. CROHN Y ESTENOSIS INTESTINAL.

Silvia Estrada, Rosario Calderón, Marta Salvador, Elvira Delgado, Agustín Azpiazu, Koldo Hurtado, Carlos Enciso, Francisco García Campos.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA. ALAVA.

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad de Crohn se complica a menudo durante su evolución con estenosis intestinales. La dilatación endoscópica asociada o no a otros tratamientos se ha propuesto como una alternativa en determinadas estenosis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer, actualmente de 37 años, diagnosticada en año 1991 de E. Crohn con afectación colónica, instaurándose tratamiento con salzopirina. En año 1992 presentó dos brotes moderados que respondieron a corticoides. En año 2004 ingresa por dolor en fosa iliaca izquierda con hallazgo en colonoscopia de estenosis sigmoidea inflamatoria que se resuelve con medidas habituales. En 2005 en RNM se observa ileitis y se inicia tratamiento con budesonida oral. En mayo 2006 presenta brote grave con clínica de suboclusión intestinal con imagen en TAC de estenosis de íleon terminal y estenosis de colon izquierdo con fístula y absceso de 3cm a dicho nivel.

El enema opaco objetiva entonces estenosis segmentaria del colon descendente en la proximidad del ángulo esplénico de unos 3 cm de longitud y 7 mm de calibre, con pequeñas ulceraciones en el colon no estenótico vecino, reflujo de contraste a últimos cms de íleon terminal e imágenes espículas sin estenosis significativa a dicho nivel. Se inicia entonces tratamiento con azatioprina. En colonoscopia realizada posteriormente se objetiva estenosis concéntrica con mucosa hiperémica a 40 cm de margen anal.

RESULTADOS:

Se realiza en diciembre de 2006 dilatación endoscópica-radiológica a dicho nivel añadiendo al tratamiento anti- TNF (infiximab) a dosis de habituales con buena respuesta. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con tratamiento de mantenimiento con anti- TNF y AZA, habiendo desaparecido la estenosis colónica en los controles endoscópicos y radiológicos practicados.

CONCLUSIONES:

La dilatación endoscópica asociada o no anti-TNF es una terapia eficaz para el tratamiento de las estenosis. Son necesarios estudios que valoren la utilidad de asociar anti-TNF.



DESCOMPRESIÓN COLÓNICA MEDIANTE SOBRETUBO PLÁSTICO ACOPLADO A ENDOSCOPIO ULTRAFINO.

Carlos Enciso; José Miguel López Barbarín; Silvia Estrada, Rosario Calderón, Salvador Sabaleta; Francisco García Campos.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA. ALAVA.

La descompresión colónica mediante sonda es un procedimiento utilizado para evitar la aparición de graves complicaciones en patologías en las que aparece dilatación de la luz intestinal. Existen varios procedimientos no quirúrgicos: mediante colonoscopia al que se le acopla en paralelo una sonda de descompresión; radiológico introduciendo por radioscopia una guía sobre la que se hace pasar la sonda. Estos procedimientos en la práctica resultan engorrosos, prolongados y desagradables tanto para el paciente como para el médico.

Presentamos un nuevo método endoscópico que aprovecha el fino calibre del endoscopio XP 5.9mm al que se le acopla como sobretubo una sonda de lavado gástrico modificada.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

MATERIALES:

Endoscopio: Evis Exera GIF-XP160 Olympus. Kit de lavado gástrico Monoject 34 Ch (11.2 mm de calibre externo) Kendall-Tyco y con un diámetro interior que permite introducir el endoscopio.

TÉCNICA:

la sonda de lavado gástrico se modifica reduciendo su longitud para mantener la movilidad del extremo distal del endoscopio, y practicándole varios agujeros adicionales. Se lubrica el interior y exterior de la sonda. Seguidamente se introduce el endoscopio en su luz interna. Iniciado la exploración endoscópica. Una vez finalizada se retira el endoscopio dejando el sobretubo dentro de la luz colónica.

PACIENTES:

desde abril de 2006 hemos tratado con esta técnica a 8 pacientes, 5 con vólvulo sigmoideo y 3 con dilatación idiopática de colon, con edades entre 50 y 90 años . Siempre que se ha intentado se ha conseguido. El procedimiento se ha repetido cuantas veces ha sido necesario, a lo largo de los meses de seguimiento, 3.3 veces en los paciente con dilatación idiopática, 1.4 en el caso del vólvulo de sigma. La tolerancia ha sido buena. No ha habido complicaciones.

CONCLUSIÓN:

a pesar del escaso número de pacientes tratados, esta nueva técnica según nuestra experiencia, ofrece grandes ventajas sobre las existentes. Es un procedimiento rápido que evita los vertidos de heces durante la exploración y permite la colocación de sondas de gran calibre minimizando el riesgo de obstrucciones por heces. El grueso calibre de la sonda no ha supuesto ninguna molestia adicional para los pacientes.

LESIÓN DE DIEULAFOY: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO COMBINADO Y REVISIÓN DEL TRATAMIENTO.

Leire Zubiaurre, Fernando Múgica, Luis Fernando Alzate, Goyo Urdapilleta, Antonio Berbiela, Eva Zapata, Agustín Castiella, Unai Goikoetxea.

HOSPITAL DONOSTIA.

INTRODUCCIÓN:

La lesión de Dieulafoy es la causante de un 0,3% a un 6,7% de las hemorragias digestivas. La localización más frecuente es el estómago aunque también se pueden encontrar en el intestino delgado e intestino grueso. El empleo de la endoscopia diagnóstica y terapéutica, ha mejorado notablemente el pronóstico, pasando de tener una mortalidad asociada del 80% a ser ésta del 0 al 22%. Actualmente existen numerosas técnicas de hemostasia transendoscópica: esclerosis mediante inyección, procedimientos térmicos y procedimientos mecánicos. Sin embargo no hay consenso sobre el mejor método de tratamiento endoscópico aunque parece que la terapia combinada pueda ser la mejor opción.

ENDOSCOPIA:

Paciente de 80 años de edad con antecedente de nefrectomía por adenocarcinoma renal (1997), cardiopatía hipertensiva, hemorragia digestiva alta y úlcera gástrica. Anticoagulado con warfarina. Ingresa para estudio de melenas visualizándose en la enteroscopia babeo continuo de sangre sin lesión subyacente, sugestivo de lesión de Dieulafoy de intestino delgado. Se procede a su tratamiento mediante terapia combinada inicialmente con argón plasma seguido de colocación de 2 hemoclips. Tras 4 meses de seguimiento el paciente no ha vuelto a presentar signos de sangrado.

COMENTARIOS:

Existen pocos estudios que comparen la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas, la mayoría son publicaciones observacionales de casos aislados o con muestras pequeñas. 2 ensayos controlados comparan técnicas de hemostasia mediante inyección versus procedimientos mecánicos (28 tratados con inyección de adrenalina, 25 con colocación de hemoclip y 3 con ligadura con bandas), concluyen que mediante la colocación de hemoclip consiguen una mayor hemostasia inicial (91.7% vs 75% y 93.8% vs 87.5%) sin diferencias estadísticamente significativas. Además objetivan una menor recurrencia de sangrado mediante el tratamiento mecánico que con la inyección local siendo esta diferencia estadísticamente significativa (8.3% vs 33.3%, $p=0.033$; y 0% vs 35.7%, $p=0.017$). En una serie de 61 pacientes se utiliza la inyección de adrenalina combinada con hemoclip o con la inyección de etanol y se obtiene una hemostasia inicial y permanente del 100%.

Para concluir, la mayoría de los tratamientos endoscópicos consiguen unas tasas muy elevadas de hemostasia permanente, incluso superiores al 90%. Los estudios que fundamentalmente utilizan técnicas mecánicas endoscópicas o combinación de 2 técnicas distintas consiguen una hemostasia permanente cercana al 100%. En la actualidad parece que puede haber una tendencia a defender el tratamiento combinado frente a un tratamiento único. Son necesarios más estudios prospectivos y randomizados con mayor tamaño muestral para conocer la mejor opción terapéutica.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECIDIVANTE DE ETIOLOGÍA INSÓLITA (GASTROSCOPIA CON EXPLORACIÓN DEL FONDO DE UN DIVERTÍCULO ESOFÁGICO DONDE SE APRECIA UN COÁGULO PROMINENTE. AORTOGRAFÍA TORÁCICA CON EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA BRONQUIAL DERECHA).

Carlos Enciso, José Miguel López Barbárin, Asunción Marcaide, Agustín Azpiazu, Rosario Calderón, Silvia Estrada, Francisco García Campos.

HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA. ALAVA.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 49 años de edad en el momento del diagnóstico. Ingresó en 1997 por una HDA exanguinante que provoca shock hipovolémico con ingreso en UCI. Se le practica gastroscopia apreciando sangre fresca en gran cantidad, tres divertículos en esófago y posible sangrado activo de lesión subcardial. Ante la persistencia del sangrado se le realizan aortografía torácica y del tronco celíaco sin objetivar sangrado activo. El paciente es sometido a laparotomía con gastrostomía sin que tampoco se objetive punto sangrante.

En controles gastroscópicos posteriores se objetiva hipertrofia de un pliegue antral con displasia moderada sobre metaplasia intestinal.

En el año 2000, nuevo ingreso por sangrado sin que se llegue a objetivar punto sangrante en los estudios endoscópicos.

En 2001, ante el crecimiento de la lesión antral, se practica antrectomía, presentando en el postoperatorio, un nuevo sangrado digestivo masivo. Se le vuelve a realizar arteriografía del tronco celíaco y de la mesentérica superior que resultan negativas para puntos sangrantes. En este mismo ingreso se le practica una prueba que resulta diagnóstica y se le realiza un procedimiento que cura al paciente.

TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CON INTOLERANCIA O PÉRDIDA DE RESPUESTA A INFlixIMAB. NUESTRA EXPERIENCIA EN 2 CASOS.

Merino Olga, Delgado Lissette, Ibáñez Silvia, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

A pesar de que la implicación del TNF en la Colitis Ulcerosa (CU) permanece en discusión, el infliximab (IFX), anticuerpo monoclonal quimérico, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de inducción y en el mantenimiento de la remisión en pacientes con CU moderada/severa; sin embargo, el infliximab es inmunogénico y su administración repetida puede desarrollar anticuerpos anti-infliximab que producen reacciones infusionales, pérdida de eficacia y reacciones de hipersensibilidad tardía en algunos pacientes. El Adalimumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano dirigido contra el TNF- α , actualmente su eficacia en pacientes con CU intolerantes o con pérdida de respuesta a infliximab se encuentra en estudio y discusión. Nuestro objetivo es presentar la experiencia en 2 casos de pacientes con CU que presentaron pérdida de respuesta e intolerancia respectivamente al IFX y fueron tratados con adalimumab.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de 2 pacientes varones de 46 y 38 años, con pancolitis ulcerosa, de 5 y 2 años de evolución respectivamente. Ambos recibían tratamiento con IFX, presentando el primero pérdida de eficacia al fármaco y el segundo reacción de hipersensibilidad tardía manifestada por artralgias periféricas severas tras 72 horas de la administración del IFX. Se decidió iniciar terapia con Adalimumab subcutáneo. La pauta de administración fue de 160, 80 y 40 mg a la semana 0, 2 y 4 respectivamente; y luego, de mantenimiento, 40mg cada 2 semanas. Recibían además Azatioprina a dosis de 2,5 mg/Kg./día, la cual se mantiene durante la administración de Adalimumab. Se evaluó remisión clínica, respuesta clínica y seguridad. La actividad de la enfermedad fue evaluada utilizando el Índice de Actividad de Truelove modificado. Se presentan resultados de la primeras 4 semanas.

RESULTADOS:

La respuesta al tratamiento en la semana 2, fue de actividad leve en ambos, con remisión clínica en la semana 4. El paciente con reacción de hipersensibilidad tardía al IFX tolera perfectamente el adalimumab aunque presenta dolores articulares leves tras la administración del adalimumab.

CONCLUSIONES:

Nuestros resultados sugieren que Adalimumab puede ser una terapia eficaz para la inducción de la remisión en pacientes con CU moderada con pérdida de respuesta o intolerancia a IFX. Además este tratamiento fue bien tolerado. Sin embargo se precisa más experiencia para su validación y detección de posibles reacciones cruzadas con este fármaco.



PREVALENCIA DE DISPLASIA/CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.

Merino Olga, Delgado Lissette, Urcelay Raquel, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

La información disponible sobre el cáncer colorrectal (CCR) y Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) procede de estudios realizados en diferentes países europeos y en EEUU. Se ha estimado a partir de estos estudios que el incremento en el riesgo relativo de CCR en pacientes con colitis ulcerosa (CU) respecto a la población general oscila entre 2,75 y 5,7. No tenemos ningún estudio extenso realizado en nuestro país sobre este tema por lo que no sabemos exactamente si el riesgo es igual al que se ha observado en otros países. Algunas estimaciones indirectas realizadas en nuestro medio parecen indicar que la incidencia de CCR es posiblemente inferior al descrito en otros países, pero hoy en día este aspecto está sin aclarar. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de displasia/CCR en pacientes con CU (Izquierda, extensa y pancolitis) de larga evolución en la población de pacientes de CU atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron todos los pacientes con CU (izquierda, extensa y pancolitis) de más de 10 años de evolución atendidos en nuestras consultas desde septiembre 2006 a septiembre 2007. El programa de cribado se realizaba con colonoscopia completa con toma de biopsias de todos los cuadrantes realizadas en periodos de inactividad de la enfermedad. El número medio de biopsias obtenido ha sido 4 biopsias por cuadrante. Se determinó definir el tipo de lesión neoplásica siguiendo las definiciones de displasia propuestas por Inflammatory Bowel Disease Dysplasia Morphology Study Group en 1983. Se concluyó que en caso de detectar displasia el diagnóstico se realizara por dos patólogos independientes del centro.

RESULTADOS:

De 330 pacientes con EII atendidos en nuestro centro, que cumplieran los criterios de inclusión del estudio se detectaron 13 pacientes. En ninguno de ellos en las múltiples biopsias realizadas en la colonoscopia de cribado se detectaron lesiones de Displasia/CCR.

CONCLUSIONES:

Se ha aceptado que existe un incremento de riesgo de CCR en CU y se han establecido guías que recomiendan la realización de colonoscopias como método de cribado con el objetivo de diagnosticar displasias o cánceres en estadios más precoces. A pesar de estas recomendaciones, no se ha estimado el verdadero riesgo de CCR de los pacientes con CU de nuestro medio. Creemos que es importante realizar un estudio de prevalencia en nuestro país con un número importante de pacientes para establecer el verdadero riesgo de lesiones neoplásicas en nuestro medio y establecer si son necesarios medios de cribado.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA POR ENFERMEDAD DE CROHN GASTRODUODENAL.

Merino Olga, Delgado Lissette, Casado Iñaki, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Crohn (EC) puede afectar a todo el tracto gastrointestinal, pero la localización gastroduodenal es poco frecuente (0,5 a 13%). Nuestro objetivo es reportar los hallazgos clínicos, endoscópicos y la respuesta al tratamiento de un paciente con hemorragia digestiva alta (HDA) masiva por EC gastroduodenal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 26 años, diagnosticado un mes antes del episodio actual de EC colónica con patrón evolutivo inflamatorio que precisó tratamiento corticoideo por vía oral para conseguir remisión. Un mes después del primer brote, ingresa por fiebre, aumento del número de deposiciones y vómitos con intolerancia oral. Se pautó tratamiento corticoideo endovenoso y se realizó una gastroscopia (FGS): afectación de pliegues gástricos, con predominio de curvatura mayor, en forma de pliegues edematosos, con erosiones superficiales; lesiones papulosas en antro. Anatomía Patológica (AP): alteraciones compatibles con EC. (FOTO 1). A los 7 días hematemesis masiva que precisó ingreso en UCI para mantener estabilidad hemodinámica. Se realizó FGS urgente observando abundante sangre fresca coagulada en estómago; desde zona subcardial, múltiples pseudo pólipos y áreas eritematosas; en unión de antro-cuerpo, ulcera profunda con datos hemostáticos, sin actividad hemorrágica. AP: compatible con EC. (FOTO 2). Se mantuvo el tratamiento corticoideo endovenoso y se inició tratamiento con Azatioprina a dosis de 2,5 mg/kg/día e Infliximab 5 mg/kg 3 dosis como tratamiento de inducción según pauta habitual. El paciente mejoró clínicamente. Tras 3 dosis de Infliximab, se repite la FGS: algunas lesiones papulosas de pequeño tamaño en antro sobre mucosa de aspecto normal, cuerpo gástrico con pliegues algo aumentados de tamaño y datos congestivos; en curvatura mayor de parte baja de cuerpo, lesión ulcerada, poco profunda, de fondo fibrinoso. AP: mucosa gástrica con mínimos cambios. (FOTO 3). Se decidió continuar con tratamiento con infliximab de mantenimiento durante un año. Tras un año nueva FGS que muestra la curación endoscópica de las lesiones gástricas (FOTO 4), se suspendió el tratamiento con infliximab, estando en el momento actual en remisión en tratamiento con azatioprina.

CONCLUSIONES:

La HDA masiva es una complicación poco común de la EC. En este caso el tratamiento con infliximab ha demostrado ser eficaz en la inducción de la remisión y en el mantenimiento de la misma en un paciente con EC gastroduodenal en un paciente con HDA masiva.



CERTOLIZUMAB PEGOL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Merino Olga, Delgado Lissette, Salvador Patricia, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

Certolizumab pegol es un fracción Fab pegilada de un anticuerpo anti-TNF humanizado. Entre las ventajas de esta molécula cabe citar que la pegilación incrementa la vida media, reduce la frecuencia de las dosis y posiblemente reduce la antigenicidad y, por otro lado, al ser un anti-TNF sin la región FC (fijador del complemento) no induce citotoxicidad directa evitando efectos adversos derivados de dicha citotoxicidad, como necrosis masiva o la formación de autoanticuerpos y teóricamente dado que la región FC es necesaria para que el fármaco a través de la placenta llegue al feto podría aplicarse durante la gestación con mayor seguridad que el resto de antiTNF. Este fármaco ha demostrado en estudios Fase III (PRECISE 1 y 2) eficacia tanto para inducción como para el mantenimiento de la remisión en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) moderada a severa, tanto en pacientes que habían recibido previamente un anti-TNF, como en pacientes naive. Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con EC ileocolónica severa intolerante al Infliximab (IFX) tratada con Certolizumab pegol y analizar la eficacia y seguridad a largo plazo con dicho fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 40 años con diagnóstico de EC ileocolónica con patrón evolutivo fistulizante desde hace 12 años, 3 resecciones ileocolónicas por enfermedad resistente al tratamiento médico. Recibía tratamiento con Azatioprina a dosis de 2,5 mg/Kg./día e IFX, presentando reacción alérgica a éste último, por lo que se inicia tratamiento con Certolizumab pegol (400mg subcutáneos cada 4 semanas) concomitante al inmunomodulador. Antes de iniciar el tratamiento tenía un CDAI compatible con actividad Severa y fístulas enterovaginales con drenaje espontáneo. Se evaluó remisión clínica (CDAI < 150), respuesta clínica (remisión en el CDAI mas de 70 o 100 puntos comparado con el basal) y seguridad. Se presentan resultados a la semana 6, 16 y 29.

RESULTADOS:

En la 6º semana de tratamiento se consigue remisión de la enfermedad, y ausencia de drenaje por fístulas en la 16ª semana. Actualmente ha cumplido 29 semanas de terapia, manteniéndose en remisión y con ausencia de drenaje, sin precisar la administración de corticoides. No se evidenciaron reacciones adversas.

CONCLUSIONES:

Los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados que muestran la eficacia de certolizumab pegol en la EC han de ser confirmados en la práctica clínica. En nuestro paciente Certolizumab pegol ha demostrado ser eficaz y seguro en la inducción de la remisión y tratamiento de fístulas en una paciente con EC fistulizante severa que presentó intolerancia a Infliximab.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE, QUE PRESENTARON PERDIDA DE RESPUESTA O INTOLERANCIA A INFLIXIMAB. NUESTRA EXPERIENCIA EN 7 CASOS.

Merino Olga, Delgado Lissette, Arechavala Aintzane, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

Adalimumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano que inhibe la acción del TNF- α , existiendo evidencia que demuestra su beneficio clínico en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) fistulizante que perdieron respuesta o no toleraron infliximab (IFX). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de Adalimumab en los pacientes con EC fistulizante tratados con adalimumab en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos realizado el estudio sobre una serie de 7 pacientes con EC moderada o severa fistulizante (CDAI >220) desde Enero 2005 a Septiembre 2007; edad media 32,9 años (rango 17 a 51 años), 57,1% hombres. Todos los pacientes tenían fístulas perianales. Todos habían recibido corticoides e IFX (4 con reacción a la infusión, 1 con hipersensibilidad tardía y 2 con pérdida de respuesta). De los 7 pacientes, 5 estaban en tratamiento con Azatioprina a dosis de 2,5 mg/Kg./día, la cual se mantuvo durante la administración de Adalimumab, el resto estaba sin inmunosupresión asociada; la pauta de administración del mismo fué de 160, 80 y 40 mg a la semana 0, 2 y 4 respectivamente; y luego, de mantenimiento, 40mg cada 2 semanas. Se evaluó remisión clínica (CDAI <150), repuesta clínica (disminución en el CDAI mas de 70 ó 100 puntos comparados con el momento basal), cierre de las fístulas completo o parcial (50% de disminución en el número de fístulas drenantes) y efectos adversos.

RESULTADOS:

La respuesta al tratamiento de inducción en la 2ª semana fue de remisión en 6 pacientes (85,7%), con cierre de fístulas completo en 3 (42,9%) y parcial en 4 (57,1%). A la 4ª sem, se consiguió remisión en el 100% de pacientes, con cierre total de fístulas en 4 de ellos y parcial en 3. En dos pacientes se ha evaluado la respuesta al tratamiento de mantenimiento al año, evidenciándose remisión de la enfermedad y cierre de fístulas. No se evidenciaron reacciones adversas.

CONCLUSIONES:

Los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados que muestran la eficacia de los fármacos en la EC han de ser confirmados en la práctica clínica. Según nuestra experiencia, Adalimumab es una terapia eficaz y segura para la inducción y mantenimiento de la remisión, así como en el tratamiento de fístulas en pacientes con EC activa moderada o severa con pérdida de respuesta o intolerancia a Infliximab.



ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Merino Olga, Delgado Lissette, Cortes Haritz, Ituarte Juan, Moretó Manuel.

HOSPITAL DE CRUCES.

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad Celiaca (EC) se ha asociado a una variedad de enfermedades. Entre las de base autoinmune destacan la diabetes mellitus tipo 1, las enfermedades tiroideas y otras enfermedades autoinmunes como Enfermedades del tejido conectivo, Cirrosis Biliar Primaria y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). A pesar de que la asociación EC y EII ha sido publicada en diferentes trabajos, existe una gran controversia a este respecto. En la actualidad, el diagnóstico de la EC se basa, fundamentalmente, en dos métodos complementarios: los anticuerpos séricos y la biopsia intestinal. La biopsia intestinal sigue siendo el estándar oro para el diagnóstico, pero la determinación sérica de los anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular mediante ELISA ha demostrado tener una elevada sensibilidad (95%) en el diagnóstico de EC y supone una alternativa muy válida para el cribado de la enfermedad en los diferentes grupos de riesgo de EC. El objetivo de este estudio es estudiar la presencia de EC en una cohorte de pacientes con EII.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron todos los pacientes vistos en la Consulta de EII desde diciembre del 2004 a septiembre 2007. En todos los pacientes con un diagnóstico claro de EII según los criterios de Lennard-Jones se determinaron los niveles de Inmunoglobulina A y los anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular mediante ELISA. En pacientes con anticuerpos positivos se decidió realizar una gastroscopia con toma de biopsia de segunda porción duodenal para proceder al diagnóstico de EC siguiendo los criterios de Marsh.

RESULTADOS:

De 331 pacientes con EII vistos en el periodo de inclusión del estudio, se estudiaron 168 pacientes con Enfermedad de Crohn y 163 pacientes con Colitis Ulcerosa no se detectó ningún paciente con anticuerpos antitransglutaminasa positivo, por ello no realizamos gastroscopia ni toma de biopsias en ninguno de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES:

En el cohorte de pacientes de nuestro centro no hemos objetivado ninguna asociación entre EC y EII. Por esta razón, a nuestro modo de ver los test serológicos para descartar EC en pacientes con EII no parece que estén recomendados, a menos que el paciente tenga una sospecha clínica de presentar concomitantemente una EC.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MOLECULARES DE UNA FAMILIA CON SÍNDROME DE NEM-1.

U. Goikoetxea, A. Cosme, M. Álvarez Coca, A. Beguiristain, A. M^a Cobo, M. Robledo, M. J. Aranzadi, E. Ojeda, L. Bujanda, I. Montalvo, I. Gil.

HOSPITAL DONOSTIA. HOSPITAL CRUCES. CNIO.

INTRODUCCIÓN:

Los rasgos clínicos del síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM-1) son: tumores benignos y malignos de las paratiroides, el sistema neuroendocrino gastroenteropancreático, la hipófisis anterior y otros tejidos junto a un patrón de herencia dominante. Esta enfermedad se debe a mutaciones de gen 11q13 localizadas en el cromosoma 11 cuyo producto es conocido como Menin. Los pacientes con NEM-1 tienen síntomas y/o alteraciones bioquímicas relacionados con la localización tumoral y sus productos de secreción.

PACIENTES Y MÉTODO:

Se presentan los casos de 6 varones y 2 mujeres de una familia con síndrome de NEM-1. Se hace estudio molecular del gen 11q13 en 19 componentes de la familia (dos generaciones) con y sin el síndrome.

RESULTADOS:

El estudio molecular detectó mutaciones del gen 11q13 (cromosoma 11) en 10 familiares (cinco de la primera generación y cinco de la segunda). Todos los familiares con mutaciones del gen 11q13 correspondientes a la primera generación tienen algún rasgo fenotípico del síndrome: uno, el síndrome completo; otro, hiperparatiroidismo (HP) junto a tumores del sistema neuroendocrino gastroenteropancreático y tres, HP como única manifestación clínica. De los familiares con manifestaciones pertenecientes a la segunda generación, hasta el día de hoy, solo tres, tuvieron síntomas relacionados con la presencia de tumores; uno, HP; otro HP asociado a prolactinoma y el tercero, HP más tumores endocrinos gastroenteropancreáticos. De los 8 miembros de la familia, seguidos durante 12 años, únicamente ha fallecido un varón de muerte súbita. En el estudio necrópsico se encontró un hígado con metástasis por neoplasia endocrina.

CONCLUSIÓN:

Se comentan las formas clínicas de NEM-1, la importancia del diagnóstico molecular y el seguimiento de los pacientes afectos y/o portadores asintomáticos del síndrome.



ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA COLONOSCOPIA EN EL PACIENTE ANCIANO.

Irisarri R., Vicuña M., Prieto C., Jiménez F. J., Nantes O., Borda F.

APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE NAVARRA.

INTRODUCCIÓN:

Estamos asistiendo a un progresivo aumento de la edad en los pacientes remitidos para colonoscopia. Se ha comunicado un mayor porcentaje de colonoscopias incompletas en el anciano. Hemos querido analizar el rendimiento diagnóstico de las colonoscopias efectuadas en pacientes mayores de 75 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos una serie de colonoscopias consecutivas, bajo sedación con Propofol, comparando las posibles diferencias entre los >75 años y el resto (n = 200 casos en cada grupo), con respecto a las siguientes variables: sexo, motivo de la exploración, % y causas de colonoscopias incompletas, grado de limpieza del colon, diagnóstico obtenido y complicaciones mayores presentadas. Empleamos los tests de Chi cuadrado y Fisher, determinando la Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS:

Las edades de los grupos han sido: 80,6±3,6 y 55,4±13 años, sin diferencias de sexo (p = 0,55). Los pacientes ancianos estaban sintomáticos en un 81,3%, frente al 57,4% de los mas jóvenes: p = 0,0000003; OR = 3,22 (1,99-5,23). La colonoscopia fue incompleta en el 18,1% de los ancianos versus el 6,5%: p = 0,0001; OR = 3,18 (1,56-6,55). Las causas de colonoscopia incompleta no difirieron entre ambos grupos (p = 0,20), con una peor limpieza del colon en los ancianos (p = 0,06). El grupo >75 años mostró una significativa mayor frecuencia de lesiones, tanto globalmente: 48,3% versus 36%: p = 0,013; OR = 1,66 (1,09-2,52) como para carcinomas: 14,1% versus 6,5%: p = 0,01; OR = 2,36 (1,13-4,97) y lesiones neoplásicas: 41,2% versus 30,5%: p = 0,025; OR = 1,60 (1,04-2,47). Registramos 2 perforaciones (1%), sin mortalidad, en los ancianos.

CONCLUSIONES:

- 1.- La proporción de colonoscopias incompletas en el anciano, aunque baja (18%), es significativamente superior a la del resto de pacientes, sin registrarse diferencias en cuanto al motivo de no llegar al ciego.
- 2.- El rendimiento diagnóstico de la colonoscopia ha sido superior en los mayores de 75 años, tanto en la tasa global de lesiones encontradas, como en cuanto a la proporción de carcinomas y adenomas.
- 3.- En nuestra serie, la morbilidad de la colonoscopia con Propofol en el anciano ha sido mínima (1%), sin mortalidad.

ESTUDIO CLÍNICO Y MOLECULAR DE UNA FAMILIA CON SÍNDROME DE ALAGILLE. ANÁLISIS DE LOS CASOS PUBLICADOS EN ADULTOS EN LA BIBLIOGRAFÍA ESPAÑOLA.

N. Muro, A. Cosme, A. M. Cobo, M. Meunier-Rotival, M. Hadchouel, P. Jara, E. Ojeda, L. Bujanda, I. Montalvo, I. Gil y J. Orbegozo.

HOSPITAL DONOSTIA. SAN SEBASTIÁN.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Alagille (SA), se caracteriza por ductopenia biliar intrahepática y anomalías del corazón, ojos, cara, huesos, riñón y cerebro junto a una herencia dominante. Las mutaciones del gen Jagged 1 se observan en sujetos con el síndrome completo o en familiares que tienen pocos o ningún rasgo fenotípico del síndrome. El pronóstico de los enfermos depende de la afectación hepática y cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron las historias clínicas de una mujer de 53 años y dos sobrinos (uno trasplantado de hígado a los 13 años) que fueron diagnosticados a los 7 y 12 meses respectivamente, de SA. Se hace estudio molecular del gen Jagged 1 en 16 componentes de esta familia guipuzcoana (tres generaciones) con y sin el síndrome. Por otro lado, se analizan los casos de SA en adultos publicados en la bibliografía española hasta 2005.

RESULTADOS:

El estudio molecular de la familia con SA detectó mutaciones en la posición 2785 + 2 del TAAG (intron 19) del gen Jagged 1 en tres familiares que tuvieron el síndrome completo (caso índice y dos sobrinos) y en otros dos, con síndrome parcial. Otros familiares sin mutación, presentan rasgos fenotípicos del síndrome. En la revisión de SA en adultos, se incluyeron 10 pacientes (9 de la bibliografía española y uno propio). Cuatro eran hombres y seis mujeres, con edades comprendidas entre 16 y 53 años. En 4 de los 10 casos, existía historia familiar. Se comprobó la presencia de colestasis en la infancia, en 7. El diagnóstico de SA se basó en la combinación de ductopenia biliar intrahepática con al menos tres de los cinco "criterios mayores" del síndrome. De la serie, 7 enfermos tenían diferentes lesiones hepáticas (fibrosis portal y periportal, carcinoma hepatocelular, hipertrofia del lóbulo caudado y atrofia subcapsular). La afectación de la piel (liquenificación y alopecia) y litiasis vesicular fueron los procesos asociados más frecuentes en 5 de 10 casos (50%).

CONCLUSIONES:

Se revisan las formas clínicas de SA en adultos (9 de la bibliografía española y 1 propio). Se comentan las mutaciones detectadas en una familia guipuzcoana con SA (tres miembros con el síndrome completo) y la importancia del diagnóstico molecular a la hora de realizar un consejo genético. Es la primera familia afecta de SA con estudio molecular en la bibliografía española.



ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE UNA CRECIENTE CAUSA DE DISFAGIA EN NUESTRO MEDIO.

Nantes O.¹, Zozaya J. M.¹, Irisarri R.¹, Jimenez F. J.¹, Vicuña M.¹, Martínez-Peñuela J.M.²

(1) SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. (2) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

HOSPITAL DE NAVARRA. PAMPLONA.

INTRODUCCIÓN:

La esofagitis eosinofílica (EE) se caracteriza por la infiltración esofágica por eosinófilos. Su incidencia en adultos no es bien conocida (1,5-2,5/10⁵ hab./año) y podría estar aumentando paralelamente a las enfermedades inmunoalérgicas. Predomina en varones (V/M: 3/1) en la 3^a-4^a décadas, manifestándose principalmente por disfagia (90%), o impactación esofágica (60%), existiendo un trasfondo inmunoalérgico en el 50% de los casos.

OBJETIVOS:

Estudiar en nuestra población: 1- La incidencia de EE. 2- Sus características clínicas, hallazgos exploratorios, tratamiento instaurado y la respuesta.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudiamos retrospectivamente los pacientes con diagnóstico histológico de EE entre el 1/1/02 y el 31/12./06, en el Hospital de Navarra, Centro de referencia para una población adulta de 177.714 personas (86.808 hombres y 90.906 mujeres)¹. Revisamos los datos epidemiológicos, síntomas, historia alergológica, hallazgos exploratorios, tratamiento pautado y respuesta al mismo.

RESULTADOS:

18 pacientes fueron diagnosticados de EE durante el periodo de estudio, 10 hombres (edad media de 27,6, rango 18-43 años) y 8 mujeres (36,25, rango 22-51 años), que supone una Incidencia de 2,02/10⁵ hab./año, similar a la publicada. Los síntomas más frecuentes fueron la disfagia (83,3%) y la impactación alimentaria (62,1%). El 77,8% de los casos tenían historia alérgica: alimentaria (27,8%), a neumoalérgenos (22,2%), a ambos (16,7%). Diez pacientes (55,6%) presentaban eosinofilia periférica y 7 de 12 elevación de IgE. Los hallazgos endoscópicos fueron anillos esofágicos (27,8%), estenosis (22,2%), pápulas/exudado (27,8%) y edema/friabilidad mucosa (38,9%). Un 44,4% presentaron erosiones y dos pacientes (11%) tenían una endoscopia normal. A 11 pacientes se realizó un estudio baritado, detectándose estenosis (2), reflujo gastroesofágico (2) y erosiones (1); a 7 una manometría (trastornos motores inespecíficos en 3) y a 6 una pH-metría que mostró ERGE en uno. Los pacientes alérgicos recibieron instrucciones para evitar la exposición. Seis recibieron corticoides y 14 IBPs. 16 referían mejoría en las revisiones y los dos sintomáticos buena evolución endoscópica o histológica.

CONCLUSIONES:

En nuestro medio:

- 1- La incidencia de EE es de 2,02/10⁵ hab./año, sin observarse diferencias en función del sexo.
- 2- La disfagia y la impactación alimentaria son las manifestaciones más frecuentes y, por tanto, la EE debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de estos síntomas.
- 3- El 78% de los pacientes tiene historia alérgica positiva y más del 50% eosinofilia periférica y/o elevación de IgE, cifras superiores a lo descrito hasta ahora.
- 4-Evitar la exposición a los alérgenos debe ser la base del tratamiento.

QUISTES DE COLÉDOCO EN EL ADULTO.

Borja Aginagalde, Patricia Torres, Adolfo Beguiristain, Inmaculada Ruiz, Miguel Ángel Medrano, Raúl Jiménez, Francisco Villar.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes de colédoco (QC) representan una patología rara siendo más frecuente en mujeres (relación 4/1) y en países asiáticos. El 60% se diagnostican en las primeras décadas de la vida y un 20% en la edad adulta. Estos quistes tienen repercusiones clínicas importantes en cuanto a que producen cuadros de colangitis recurrentes, estenosis biliares, coledocolitiasis, episodios de pancreatitis agudas recurrentes o transformación maligna.

MATERIAL Y MÉTODOS:

presentamos un caso de QC tipo Ic de la clasificación de Todani. Se trata de un hallazgo casual en una paciente de 24 años con múltiples episodios de cólico biliar, colelitiasis y colestasis. Se solicitó una colangioRMN en la cual se observó el QC. Se realizó resección quirúrgica completa del quiste incluyendo ambos conductos hepáticos principales y posterior reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía en Yde Roux.

DISCUSIÓN:

la clasificación más aceptada de los QC en la actualidad es la de Todani, según la cual existen cinco tipos principales. El más frecuente es el tipo I representando el 80%. El riesgo de malignización es bajo en la 1era década (<1%) siendo de un 14% a los 20 años y alcanzando hasta el 50% a partir de los 50 años.

La tríada clásica de dolor abdominal, ictericia y masa palpable en hipocondrio derecho es poco frecuente en adultos en los cuales la presentación más frecuente suele ser la de dolor abdominal inespecífico. El diagnóstico clásicamente se ha establecido por ecografía abdominal y ERCP siendo actualmente la colangioRMN el "gold standard", con el cual se precisa el tipo y la extensión del QC sin llegar a métodos invasivos. El tratamiento consiste en la resección total del quiste en el tipo I y IV seguida de reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía en Yde Roux. Aunque habitualmente se trata de una cirugía abierta existe la posibilidad de realizarse por vía laparoscópica. El tipo III (coledocoele) suele tratarse mediante esfinterotomía por ERCP y el tipo II mediante una excisión simple. Por último, en los QC tipo V (Caroli) se prefiere la opción del trasplante.

CONCLUSIÓN:

los quistes de colédoco tipo I y IV son los más frecuentes y su tratamiento se basa en resección completa del quiste y posterior reconstrucción debido al potencial riesgo de malignización que conllevan dichos quistes.



INFLUENCIA DEL TABACO Y ALCOHOL EN LA EDAD DE PRESENTACIÓN Y LA LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER COLO-RECTAL.

A. Borda, J.M^a Martínez-Peñuela*, M. Muñoz-Navas, C. Prieto, I. Fernández-Urién, F. Borda.****
DPTO. DIGESTIVO CLÍNICA UNIVERSITARIA,* S^o. ANATOMÍA PATOLÓGICA Y ** S^o. DIGESTIVO.
HOSPITAL DE NAVARRA. PAMPLONA.

INTRODUCCIÓN:

Los consumos de tabaco y alcohol aumentan el riesgo de presentar un carcinoma colo-rectal (CCR), habiéndose postulado un posible efecto sobre el desarrollo del tumor en pacientes más jóvenes y en segmentos proximales del colon. Hemos querido analizar la influencia de estos hábitos sobre la edad de presentación del CCR y la localización proximal o distal de la neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Comparamos la edad en el momento del diagnóstico, la frecuencia de casos menores de 50 años y la localización proximal del tumor con respecto al ángulo esplénico entre los pacientes con CCR con y sin consumo de tabaco y alcohol. Empleamos los tests de Kolmogorov-Smirnoff, Mann Whitney y Chi cuadrado, determinando el Odds Ratio (OR) con un índice de confianza del 95%. Consideramos significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

De los 364 casos de CCR revisados, el 20% consumía tabaco y el 47,3% alcohol. La edad al diagnóstico (mediana) fue inferior en los fumadores: 60 años versus 66 años ($p < 0,0001$), sin registrar diferencias con respecto al alcohol: 65 versus 66 años ($p = n.s.$). La proporción de pacientes < 50 años fue del 24,7% en los fumadores versus 11,3% en el resto: $p = 0,003$ OR: 2,57 IC (1,28-5,12), sin diferencias con respecto al alcohol: 15% versus 14%, $p = n.s.$ La localización proximal del cáncer fue: global = 28,6%, fumadores = 26% y bebedores = 31% ($p = n.s.$)

CONCLUSIONES:

- 1.- Los pacientes fumadores presentaron el CCR a una edad significativamente menor que el resto, lo que debiera tenerse en cuenta a la hora de diseñar los programas de screening.
- 2.- El alcohol no parece influir en la edad de diagnóstico del tumor.
- 3.- En nuestra serie, el consumo de tabaco o alcohol no ha influido en la localización del CCR, que ha sido más frecuente en segmentos distales al ángulo esplénico.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL NO HEREDITARIO. RESULTADOS PRELIMINARES.

Casi M. A., Pueyo A., Uriz J., Briz R., Rubio S., Guerra A., Jiménez C.

SERVICIO DE DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO .PAMPLONA.

INTRODUCCIÓN:

Los familiares, sobre todo los de primer grado, de pacientes afectados de cáncer colorrectal (CCR), presentan un mayor riesgo de desarrollar un CCR, que la población general. El estudio sistemático de este grupo podría implicar una disminución del riesgo y/o una mayor tasa de curabilidad. Conocer la incidencia de lesiones neoplásicas es en dicho grupo sería un dato básico antes de implantar un programa de cribado.

OBJETIVO:

Investigar la incidencia de lesiones neoplásicas o preneoplásicas en individuos con familiares de primer o segundo grado afectados de CCR que no cumplen criterios de cáncer hereditario.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo realizado desde Mayo de 2006 a Agosto de 2007, en el que se ha incluido a 197 pacientes, con una edad (media \pm error estándar): $49,19 \pm 1$, siendo el 60,4% mujeres. Un 78,8% presentaba sólo familiares de primer grado (mediana: 1), un 5,1% sólo familiares de segundo grado (mediana: 1) y el 16,2% con familiares de primer y segundo grado. La edad media del familiar afecto de CCR fue de $63,8\% \pm 1$. A todos ellos se les ha realizado una colonoscopia completa bajo sedación profunda, no produciéndose ninguna complicación reseñable.

RESULTADOS:

En 162 pacientes (82,2%) no se apreciaron lesiones endoscópicas. En 33 casos (16,75%) se objetivaron pólipos, de los cuales seis (3%) eran avanzados. En dos pacientes (1%), ambas mujeres, de 44 y 57 años, se observó la presencia de CCR, uno en estadio T3N0M0, y otro en estadio T1N0M0 respectivamente.

CONCLUSIONES:

- 1- La incidencia tanto de pólipos, incluidos los avanzados, como de CCR es muy baja en nuestra serie, similar a la comunicada en series realizadas sobre población general.
- 2- De confirmarse estos datos en series más amplias, deberíamos replantearnos la estrategia de cribado en este grupo, valorando realizar otros criterios de selección, o bien, otra periodicidad de seguimiento.



¿SE ASOCIA LA PAPILA DIVERTICULAR A UN MAYOR RIESGO DE COLEDOLITIASIS?

Vicuña M., Irisarri R., Zozaya J. M., Nantes O., Prieto C., Jiménez F. J.

APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE NAVARRA.

INTRODUCCIÓN:

Los divertículos duodenales (DD) afectan al 6-27% de la población. Diferentes estudios han asociado la localización de la papila en relación con un DD (yuxta e intradiverticular) con una mayor incidencia de coledocolitiasis y mayor número de fracasos en la cateterización de la misma, por suponer mayor dificultad técnica. Nuestro objetivo ha sido estudiar estos datos en una serie propia y compararlos con la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 305 CPREs consecutivas realizadas desde Septiembre del 2002 hasta Septiembre del 2004, sin incluir aquellas en las que no se pudo llegar a duodeno. Dividimos a los pacientes en 2 grupos, según tuviesen o no DD, y comparamos el porcentaje de exploraciones incompletas en ambos. Posteriormente excluimos aquellos pacientes con papila patológica y en los que la exploración fue incompleta, analizando la prevalencia de coledocolitiasis en cada uno. Valoramos además si la localización de la papila respecto al divertículo (yuxta o intradiverticular) era un factor influyente en el desarrollo de coledocolitiasis. Para el análisis estadístico empleamos los test de Chi cuadrado y Fisher, determinando la Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS:

No se encontraron diferencias significativas en el sexo ($p=0,52$), edad ($p=0,07$), ni en la prevalencia de coledocolitiasis ($p=0,22$) entre ambos grupos. Un 18,3% de los pacientes presentaban DD. De ellos, en un 7,8% no se llegó a completar la exploración, en comparación con un 5,9% en el grupo de los que no lo tenían: $p=0,54$; $OR=1,36$ (0,30-4,63). El 69,9% de los pacientes con DD fueron diagnosticados de coledocolitiasis frente a un 41,7% en el grupo sin DD: $p=0,001$; $OR=3,19$ (1,53-6,72). El 74% de los pacientes con papila yuxtadiverticular tenía coledocolitiasis vs el 80% de los que la tenían intradiverticular: $p=0,33$; $OR=0,45$ (0,08-2,32).

CONCLUSIONES:

- 1- A diferencia de lo descrito en otros estudios, en nuestra serie la presencia de DD no es un factor que influya en el número de exploraciones incompletas.
- 2- De acuerdo con otras series, el diagnóstico de coledocolitiasis es significativamente más frecuente en pacientes con DD.
- 3- La localización de la papila respecto al divertículo no muestra diferencias en cuanto al riesgo de coledocolitiasis. Sobre este aspecto no hemos encontrado referencias en la literatura revisada.

INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA COLECTOMÍA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.

Bujanda L., Cosme A., Hijona E., Enriquez-Navascués J. M., Placer C., Elosegui J. L., Arenas J.I.

SERVICIO DE DIGESTIVO Y SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

HOSPITAL DONOSTIA. SAN SEBASTIÁN.

OBJETIVO:

Analizar las indicaciones y complicaciones de los pacientes con colitis ulcerosa sometidos a colectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron retrospectivamente las indicaciones y complicaciones de las colectomías realizadas en pacientes con colitis ulcerosa. El periodo de inclusión fue de enero del 2000 a diciembre de 2005.

RESULTADOS:

Se han realizado colectomía a 19 pacientes, 5 mujeres y 14 hombres. La edad media cuando se indicó la colectomía fue de $46,4 \pm 17$ años. Todos menos 2 pacientes (89%) presentaban pancolitis en el momento de la cirugía. Los años de evolución de la enfermedad fue de 6,1 (entre 1 y 17 años). La indicación de la cirugía fue refractariedad en 9 (47%), en 3 (16%) megacolon tóxico, en 3 (16%) perforación del colon y en 4 (21%) por displasia o cáncer. Sólo 2 (22%) de los 9 pacientes con indicación de refractariedad tomaban inmunosupresores (uno metotrexato y otro azatioprina). En esta indicación el tiempo entre el ingreso y la intervención fue de 14.13 días (entre 5-35). De los 4 pacientes con displasia o cáncer, 1 presentaba displasia severa, 2 estadio T3N0M0 y en uno T2N0M0. Los pacientes con indicación de displasia/cáncer tenían mayor número de años de evolución que el resto $11,7 \pm 4,6$ años frente a $4,6 \pm 3,8$ años siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). El número medio de cirugías realizadas hasta la cirugía definitiva del colon fue de $2,1 \pm 0,7$. La estancia media por las intervenciones quirúrgicas fue de $30,3 \pm 11,8$ días. 3 (18%) de los 17 pacientes tienen ileostomía definitiva. Dos (11%) pacientes fallecieron tras la cirugía por shock séptico y fallo multiorgánico. De los 17 pacientes restantes, 7 (41%) tuvieron diferentes complicaciones relacionadas con la cirugía. El número medio de cirugías por complicaciones fue de 1 (entre 0 y 6). El número de días ingresado por la morbilidad de la cirugía fue de 10,4 días.

CONCLUSIONES:

La indicación más frecuente fue la refractariedad, pero sólo un 22% fue tratado con inmunosupresores. La mortalidad de la cirugía fue del 11%, la morbilidad del 41% y a un 18% se les practicó una ileostomía definitiva.



PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y EII.

R. Calderón; N. Puelles; S. Estrada; M. Salvador; E. Delgado; R. Bengoa; G. Basterra; F.G. Campos.
HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA. ALAVA.

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan un riesgo aumentado de sufrir pancreatitis aguda (PA) e insuficiencia pancreática exocrina, en la mayoría de los casos de causa medicamentosa o por anomalías estructurales locales. Sin embargo, un pequeño porcentaje resultan idiopáticas, pudiendo considerarse manifestaciones extraintestinales de la EII.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una serie de cuatro casos con diagnóstico de EII y cuadro de pancreatitis aguda, sin evidenciarse en ninguno de ellos las etiologías habituales. Los cuatro casos se refieren a pacientes con colitis ulcerosa (CU) con diagnóstico previo, concomitante o posterior de PA idiopática. El rango de edad varía de 25 a 43 años. Ninguno de los pacientes presentaba hábito enólico ni ingesta medicamentosa. En todos los casos, tanto la ecografía abdominal como la colangiografía resonancia eran negativas para colelitiasis. Uno de los casos cumple criterios de pancreatitis autoinmune con insuficiencia pancreática.

RESULTADOS:

En dos de los pacientes, la presentación de la PA precedió a la CU. En uno de los casos la presentación fue concomitante, y en el caso restante, la CU precedió en años a la PA. Todas la CU presentaban afectación extensa al diagnóstico y sin embargo, los cuadros pancreáticos fueron clínica y radiológicamente leves o moderados.

CONCLUSIONES:

Descartadas razonablemente otras etiologías, pensamos que la PA idiopática es una auténtica manifestación extraintestinal de la EII. En nuestra experiencia, las CU fueron extensas y graves mientras que la afectación pancreática fue leve o moderada. Parece que la relación tiempo-aparición de la PA y la EII es variable y que predominantemente afecta a pacientes jóvenes.