XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva

Reconocida de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

LIBRO DE COMUNICACIONES

Colegio de Médicos de Navarra

Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona

13 y 14 de Noviembre de 2009

www.svnpd.org

Organiza:

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

www.svnpd.org

COMUNICACIONES ORALES

1.- Tratamiento del Hepatocarcinoma mediante Radiofrecuencia, Combinada o no con Alcoholización: Nuestra Experiencia.

M.T. Bravo, B. Ruiz, S. Blanco, J. del Cura, L. Hijona, S. Basterra, A. Merino, O. de Eguia, I. García, V. Orive.

Hospital Basurto.

2.- Cuantificación de la Concentración de Hierro Hepático por Resonancia Magnética. ¿Es el Método de la Universidad de Rennes Suficientemente Preciso para la Práctica Clínica Habitual?

E. Zapata[1], A. Castiella[1], J. Mª Alústiza[2], J. I. Emparanza[3], B. Costero[4], M. Díez[4], L. Zubiaurre[1].

1.- Servicio Aparato Digestivo. Hospital Mendaro. Mendaro. 2.- Radiología Osatek. San Sebastián.
3.- Epidemiología Clínica. Hospital Donostia. San Sebastián. 4.- Servicios Digestivo y Radiología.
Hospital Universitario Principe de Asturias. Alcalá de Henares.

3.- Estudio de Posibles Rasgos Diferenciales de los Pacientes con Cáncer Colo-Rectal Menores de 50 años.

*A. Borda, J. Mª. Martínez-Peñuela**, M. Muñoz-Navas*, F. J. Jiménez, C. Prieto de Frías*, I. Fernández-Urién, F. Borda. Sº de Digestivo y A. Patológica**. H. de Navarra y Clínica Universitaria*. Pamplona.*

4.- Cribado de Enfermedad Celíaca en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus Tipo 1 mediante la Determinación de HLA: Resultados Preliminares.

M. Vicuña, J.M. Zozaya, J.P. Martínez de Esteban, F. Sala, L. Forga, J.M. Martínez-Peñuela, M. Palacios.

Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra.

5.- Respuesta al Tratamiento con Entecavir y Tenofovir en Pacientes con Hepatitis B Crónica, en un Hospital de Tercer Nivel.

A. Gómez, J. Arenas, M. García-Bengoechea, M. Martos, A. Iribarren, A. Agirre, L. Martín, F. J. Esandi, N. Muro, J. I. Arenas. Servicio Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

6.- Aceptación y Resultados de la Colonoscopia y el Test de Sangre Oculta en Heces Inmunológico en Población de Riesgo Medio.

I. Gil[a], L. Bujanda[a], E. Hijona[a], Á. Cosme[a], J. Arenas[a], L. Zubiaurre[c], M.L. Jauregui[b], E. Artiñano[d], A. Aguirre[a], C. Sarasqueta[e].

a.- Servicio de Digestivo. Hospital Donostia. CIBERehd. Universidad del País Vasco. San Sebastián.
b.- Médico de Familia y Jefe del Centro de Salud de Lasarte-Oria. Guipúzcoa.
c.- Servicio de Digestivo. Hospital de Mendaro.
d.- Servicio de Anatomía Patológica. Policlínica Gipúzkoa. San Sebastián .
e.- Servicio de Epidemiología. Hospital Donostia. CIBERESP. San Sebastián.

7.- ¿Pueden Predecirse las Enteroscopias con Cápsula Incompletas? Análisis Prospectivo de Posibles Factores Relacionados en 271 Casos.

R. Irisarri, I. Fernández-Urien, J.M. Zozaya, B. González de la Higuera, D. Ruiz-Clavijo, E. Borobio, I. Elizalde, A. Borda, F.J. Jiménez. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Navarra.

8.- Colonoscopia Directa frente a Colonoscopia tras Test de Sangre Oculta en Heces Inmunológico para la Prevención de CCR en Población de Riesgo Medio.

I. Gil[a], L. Bujanda[a], F. Múgica[a], P. López[a], L. Alzate[a], P. Esandi[a], J. Arenas[a], L. Zubiaurre[a], U. Goikoetxaea[a], N. Muro[a], L. Martín[a], Á. Cosme[a], E. Hijona[a], M.L. Jauregui[b].

a.- Servicio de Digestivo. Hospital Donostia.
b.- Médico de Familia y Jefe del Centro de Salud de Lasarte-Oria. Guipúzcoa.

9.- Cuantificación de Esteatosis Hepática en Ratas por medio de una Nueva Secuencia de Resonancia Mágnetica.

E. Hijona[1], L. Bujanda[1], Sánchez-González[2], J.M. Alustiza[3], E. García[3], C. Sarasqueta[1], M. Larzabal[1], A. Cosme[1], L. Hijona[4] , I. Gil[1], R. Jiménez[1], A. Beguiristain[1].

1.- Servicio Digestivo. CIBER EHD. Universidad País Vasco. Donostia-San Sebastián. Spain.

2.- Philips Healthcare Iberia. Madrid. Spain.

3.- Osatek. Unidad Donostia-San Sebastián. Spain.

4.- Servicio Digestivo, Hospital Basurto.

10.- Efectividad de la Ablación con Argón del Esófago de Barrett: Resultados A Largo Plazo.

M. Vicuña, A. Ciáurriz, A. Pueyo, J. Eguaras, S. Oquiñena, R. Armendáriz, E. Albéniz, C. Jiménez.
Hospital Virgen del Camino.

11.- Desarrollo de un Nuevo Modelo de Hepatocarcinoma en Ratas.

E. Hijona[1], L. Bujanda[1], J. Arenas[1], A. Cosme[1], I. Gil[1], C. Sarasqueta[1], M. Larzabal[1], L. Hijona[2], P. Aldazabal[1], A. Beguiristain[1], R. Jiménez[1]

1.- Hospital Donostia. Sº de Digestivo, CIBER EHD. Universidad País Vasco. Donostia-San Sebastián. Spain.

2.- Hospital de Basurto. Servicio de Digestivo.

12.- Efecto del Resveratrol sobre la Esteatosis Hepática en Ratas Obesas.

E. Hijona[1], L. Bujanda[1], L. Hijona[2], P. Aldazabal[3], A. Cosme[1], C. Sarasqueta[4], J.R. Arenas[1], I. Gil[1], M.P. Portillo[5], S. Gómez[5], M.T. Macarulla[5].

1.- CIBERehd-Hospital Donostia, Servicio de Digestivo.

2.- Hospital de Basurto, Servicio de Digestivo.

3.- Hospital Donostia, Unidad Experimental.

4.- Hospital Donostia, Servicio de Epidemiología.

5.- Universidad del País Vasco, Facultad de Farmacia (Vitoria).

www.svnpd.org

PÓSTERS

1.- Sedación en la Endoscopia del Hospital de Basurto.

L. Hijona, M.T. Bravo, S. Basterra, A. Merino, I. García, O. De Eguia, A.J. Calderón, V. Orive.
Servicio de Digestivo. Hospital de Basurto.

2.- Dilatación Endoscópica en Estenosis Esofágicas Benignas: Resultados de 137 Sesiones.

A. Hernández, M. Navajas, S. Torres, A. Orive, J.A. Arévalo, M. Durán, J. Fernández, A. Bernal, J.L. Cabriada.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

3.- Elaboracion de un Índice Individual del Riesgo de Desarrollo de Lesiones Neoplásicas Metacrónicas en el Cáncer Colo-rectal Resecado.

*A. Borda, J.Mª. Martínez-Peñuela**, M. Muñoz-Navas*, F.J. Jiménez, C. Carretero*, I. Fernández-Urién, F. Borda.*
*Servicio de Digestivo y A. Patológica**. Hospital de Navarra y Clínica Universitaria*. Pamplona.*

4.- Viabilidad y Seguridad de la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica en Pacientes Ancianos.

S. Goñi, E. Amorena, J.J. Vila, F.J. Jiménez, F. Borda. Servicio de Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona.

5.- Análisis de las Características Clínicas, Macroscópicas y del Grado de Dificultad Diagnóstica en los Linfomas Gástricos Primarios.

D. Ruiz-Clavijo, S. Goñi, M. Kutz, J.M. Martínez-Peñuela, E.* Zozaya, F. Borda.*
Servicios de Digestivo y A. Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.

6.- Hepatitis Autoinmune Inducida por Medicamentos.

A. Castiella[1], M.I. Lucena[2], E. Zapata[1], M. Berenguer[3], M. García-Bengoechea[4], P. Martínez Odriozola[5], F. Esandi[4], H. Hallal[6], J. Ibarmia[5], M. Casado[7], G. Peláez[7], J. Primo[8], P. Otazua[9], R. Andrade[2].
Gastroenterología-Hepatología-Medicina Interna.
1.- Hospitales de Mendaro-Guipúzcoa. 2.- Virgen de la Victoria - Málaga. 3.- La Fe - Valencia. 4.- Donostia - San Sebastián. 5.- Basurto - Bilbao. 6.- Morales Meseguer- Murcia. 7.-Torrecardenas - Almería. 8.- Sagunto - Valencia. 9.- Mondragón - Gipuzcoa, GEHAM.

7.- Resultados a Medio-Largo Plazo con Infliximab en Pacientes con un Brote Agudo Grave de Colitis Ulcerosa Resistente al Tratamiento Corticoideo.

O. Merino Ochoa, M. Maroto Maroto, J. Ituarte Arizaga. Servicio Aparato Digestivo. Hospital de Cruces.

8.- Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Tumores Carcinoides del Estómago.

A. Aguirre, A. Gómez, A. Cosme, L. Bujanda, M. Larzabal, J.I. Asensio, E. Ojeda, L.F. Alzate, S. Larburu, F. Múgica, I. Gil. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

9.- Resultados y de la Quimioembolización en el Tratamiento del Hepatocarcinoma. Estudio de 22 Pacientes Consecutivos.

P. Ramírez de la Piscina, S. Estrada, R. Calderón, I. Duca, M. Salvador, C. Enciso, A.Marcaide, A. Azpiazu, K. Urtado y F. García-Campos. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

10.- Respuesta al Tratamiento con Beclometasona Dipropionato en la Práctica Clínica en Pacientes con Colitis Leve-Moderada.

I. Duca, S. Estrada, P. Ramírez de la Piscina, R. Calderón, S. Zabaleta, E. Delgado, R. Bengoa, J. Barbarín, C. Enciso y F. García-Campos. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

11.- Análisis Clínico-Patológico de Neoplasia Papilar Mucinosa Intraductal (NPMI).

G. Zozaya, A. Bueno, N. Pedano, J. Arredondo, M. Bellver, F. Pardo, J.A. Cienfuegos.
Departamento de Cirugía General y Digestiva. Clínica Universidad de Navarra.

12.- PAAF Pancreática. Importancia de la Curva de Aprendizaje del Ecoendoscopista y del Patólogo.

J. F. Juanmartiñena, M. Álvarez, L. Eraña, M. Ogueta, S. Castaño, J. de Diego.
Aparato Digestivo. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
Servicio Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol.

13.- Enfermedad de Whipple: Presentación de 9 Casos Diagnosticados en un Hospital de Tercer Nivel.

A. Gómez[1], A. Aguirre[1], A. Cosme[1], E. Ojeda[2], A.I. Muñagorri[1], E. Gaminde[2], L. Bujanda[1], M. Larzabal[3], L.F. Alzate[1], I. Gil[1].
1.- Servicio de Digestivo. 2.- Medicina Interna. 3.- Anatomía patológica. H. Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

14.- Eficacia de Adalimumab en Pacientes con Colitis Ulcerosa.

O. Merino Ochoa, M. Maroto Maroto, J. Ituarte Arizaga. Servicio Aparato Digestivo. Hospital de Cruces.

15.- Resultados y Complicaciones de la Radiofrecuencia en el Tratamiento del Hepatocarcinoma. Estudio de 10 Pacientes Consecutivos.

P. Ramírez de la Piscina, S. Estrada, R. Calderón, S. Zabaleta, E. Delgado, R. Bengoa, J. M. Barbarín, A. Azpiazu, K. Urtado y F. García-Campos. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

16.- Hepatitis Autoinmune en el Bajo Deba.

A. Castiella[1], E. Zapata[1], J. Fernández[2], P. Otazua[3], L. Zubiaurre[1], J. Alberto Arriola[4], E. Elósegui[4], E. Utrilla[5].
1.- Digestivo Hospital Mendaro. 2.- Digestivo Hospital Zumárraga. 3.- Digestivo Hospital Mondragón.
4.- Digestivo Hospital Donostia. 5.- Centro Salud Zarauz.

17.- Estudio de la Fistula Enterocutánea en la Enfermedad de Crohn.

C. Muñoz, L. Hijona, M. Bravo, S. Basterra, A. Merino, J. Ortiz de Zárate, F. Obregón y P. San Salvador.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Basurto. Bilbao.

18.- Anticoagulación en Pacientes Cirróticos con Trombosis Portal Aguda de Etiología No Tumoral.

P. Ruiz, S. Blanco, F. Menéndez, A. Calderón, A. B. Díaz, J. Ortiz de Zárate, M. Bravo, L. Hijona, A. Merino, S. Basterra, O. de Eguia, I. García, J. I. Varela, V. Orive. Sº de Aparato Digestivo. Hospital de Basurto. Bilbao.

19.- Incidencia del Hepatocarcinoma en Gipuzkoa.

A. Iribarren, J. Arenas , L. Martín, M. Martos , A. Gómez, N. Muro, A. Aguirre, A. de Juan, M. Zarate, M. García Bengoetxea, J. I. Arenas. Hospital Donosita. San Sebastián. Guipúzcoa.

20.- Hidatidosis Esplénica: 5 Casos de esta Rara Localización.

M. Prieto, T. Marquina, P. Mifsut, T. Moreno, A. Lamiquiz, J.M. García, J. Ortiz de Urbina, A. Valdivieso, J. del Hoyo, J. Díaz Aguirregoitia, A. Colina. Sº de Cirugía general y del aparto digestivo. H. de Cruces.Vizcaya.

www.svnpd.org

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva

Reconocida de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

www.svnpd.org

COMUNICACIONES ORALES

Organiza:

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

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Tratamiento del hepatocarcinoma mediante radiofrecuencia, combinada o no con alcoholización: Nuestra experiencia.

MT. Bravo, B. Ruiz, P. Ruiz, S. Blanco, J. del Cura, L. Hijona, S. Basterra, A. Merino, O. de Eguia, I. García, V. Orive. Hospital Basurto

INTRODUCCIÓN:

La radiofrecuencia percutánea para el tratamiento del hepatocarcinoma se ha convertido en la opción terapéutica cada vez más utilizada en los pacientes con tumores no candidatos a cirugía o trasplante hepático. El objetivo principal de nuestro estudio es valorar la respuesta del tumor al tratamiento en nuestro medio. Como objetivos secundarios, valorar las complicaciones y la diferencia en el éxito terapéutico obtenido mediante la ablación con radiofrecuencia exclusivamente, o combinada con alcoholización.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión restrospectiva de todos los hepatocarcinomas tratados mediante radiofrecuencia combinada o no con alcoholización en nuestro centro (Hospital Basurto), desde abril 2002 a septiembre 2009. La muestra la constituyen 50 pacientes (8 mujeres/ 42 hombres), con un total de 91 LOES tratadas de tamaño medio 3,20 cm (rango: 1-7,5cm). El seguimiento se realizó mediante controles con TC principalmente, tras 1 mes, 3 meses y 1 año de tratamiento. El control de las posibles complicaciones agudas fue realizado mediante ecografía con contraste 24 horas tras el procedimiento.

Del total de procedimientos, 57 se llevaron a cabo con radiofrecuencia exclusivamente y 34 combinada con alcoholización.

RESULTADOS:

De los 91 hepatocarcinomas tratados se obtuvo una respuesta completa mantenida (definida como ausencia de captación de contraste en el TC de control) en 76 (83%) de las lesiones en el primer mes, 65 (71%) en el tercer mes y 48 (53%) en el primer año. Analizándolo por grupo de tratamiento (radiofrecuencia vs radiofrecuencia más alcoholización), los resultados serían los siguientes: en el primer grupo se obtuvieron 48 (86%), 44 (78%) y 31 (55%) respuestas completas, en el control de 1 mes, 3 meses y 1 año, respectivamente. En el segundo grupo, 28 (82%), 21 (62%) y 17 (50%), en el mismo orden. A destacar la pérdida de 11 pacientes (12%) durante el seguimiento.

Tras el tratamiento 4 pacientes (8 %) tuvieron complicaciones (9 hepatocarcinomas tratados): hemorragia peritoneal y fallecimiento en un paciente, derrame pleural en dos y perforación de ileon terminal en otro.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento del hepatocarcinoma con radiofrecuencia percutánea, en los pacientes seleccionados, combinada o no con etanolización, es una opción con excelentes resultados a corto plazo. Los resultados globales a largo plazo empeoran debido, en gran medida, a la avanzada hepatopatía de base que padecen la mayoría de los pacientes, con las importantes complicaciones propias de la misma, y/o a la aparición de nuevas lesiones en el contexto de un hepatocarcinoma multicéntrico.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

CUANTIFICACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE HIERRO HEPÁTICO POR RESONANCIA MAGNÉTICA. ¿ES EL MÉTODO DE LA UNIVERSIDAD DE RENNES SUFICIENTEMENTE PRECISO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL?

Eva Zapata[1], Agustín Castiella[1], José Mª Alústiza[2], José I. Emparanza[3], Belén Costero[4], Maribel Díez[4], Leire Zubiaurre[1].

1.- Servicio Aparato Digestivo. Hospital Mendaro. Mendaro. 2.- Radiología Osatek. San Sebastián. 3.- Epidemiología Clínica. Hospital Donostia. San Sebastián. 4.-Servicios Digestivo y Radiología. Hospital Universitario Principe de Asturias. Alcalá de Henares.

OBJETIVO

Evaluar la cuantificación de la concentración de hierro hepática (CHH) en MR utilizando el algoritmo de la Universidad de Rennes (URennes)

MATERIAL Y MÉTODOS

En 1999-2006 se ha comparado la CHH calculada mediante el modelo URennes en 171 pacientes con la medida sobre biopsia hepática.. 140 pacientes fueron estudiados en 2 máquinas de 1,5 Teslas y 31 en una de 1 Tesla.

RESULTADOS

Según la biopsia 107 pacientes no tenían sobrecarga (<37 µmoles/gr), 38 moderada (37-79 µmoles/gr) y 26 hemocromatosis (>79 µmoles Fe/gr).

La sensibilidad del método URennes para sobrecarga alta es 92.3% y la especificidad para ausencia de sobrecarga es 57.0% La exactitud diagnóstica es 61.4% con una tendencia a la sobrevaloración: 43% de los pacientes sin sobrecarga son diagnosticados de sobrecarga y El 44.7% de los pacientes con sobrecarga moderada como alta.

Por otro lado, las concentraciones estimadas > 170 µmoles Fe/gr revelaron un VPP para hemocromatosis del 100%; las < 60 µmoles Fe/gr un VPN del 100% para hemocromatosis; Los valores < µmoles Fe/gr 20 tuvieron un VPN del 100% para sobrecarga férrica.

CONCLUSIONES

La evaluación de la CHH mediante URennes es útil para descartar hemocromatosis e identificar pacientes sin sobrecarga férrica.

Existe una tendencia a la sobreestimación en el diagnóstico de sobrecarga.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

ESTUDIO DE POSIBLES RASGOS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLO-RECTAL MENORES DE 50 AÑOS

*A. Borda, JMª. Martínez-Peñuela**, M. Muñoz-Navas*, FJ. Jiménez, C. Prieto de Frías*, I.Fernández-Urién, F. Borda.*
*Sº. de Digestivo y A. Patológica**. Hospital de Navarra y Clínica Universitaria*. Pamplona.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer colo-rectal (CCR) es menos frecuente en menores de 50 años, discutiéndose si estos pacientes más jóvenes presentan rasgos diferenciales frente al resto. Por ello hemos querido analizar la frecuencia y las posibles características diferenciales de los pacientes con CCR, menores de 50 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 382 CCR, comparando la frecuencia, entre los grupos de < y ≥ 50 años, de los siguientes parámetros: sexo, índice de masa corporal (IMC), consumo de tabaco y alcohol, presencia ó no de síntomas clínicos, toma de aspirina y AINEs en el año previo, antecedentes personales y familiares de cáncer, criterios de Amsterdam I y II, localización, tipo histológico y grado de diferenciación del tumor, estadificación pTNM, presencia de lesiones sincrónicas y expresión tisular de las proteínas reparadoras MLH1, MSH2 y MSH6. Empleamos los tests de Fisher y Chi cuadrado, determinando la odds ratio (OR), con su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

El 13,6% (52/382) de los pacientes fueron < 50 años. En la Tabla se resumen los parámetros con diferencias significativas en cuanto a su frecuencia, entre ambos grupos.

PARAMETRO	<50 años	≥50 años	p	OR
Fumador	17/50 (34%)	38/12 (18,6%)	0,012	2,26(1,12-4,53)
Fumador >10/día	11/48 (52,1%)	33/303 (40,4%)	0,017	2,47(1,07-5,61)
IMC<25	25/48 (52,1%)	74/183 (40,4%)	0,016	2,69(1,37-5,27)
IMC<30	44/48 (91,7%)	200/257 (77,8%)	0,04	3,13(1,02-10,74)
Tumor no adenocarcinoma	14/52 (26,7%)	40/327 (12,2%)	0,049	2,62(1,24-5,58)
Cáncer mucinoso	8/52 (15,4%)	28/327 (8,6%)	0,12	
Amsterdam I	5/49 (10,2%)	1/264 (0,4%)	0,00004	30,47(3,33-7,06)
Amsterdam II	8/49 (16,3%)	3/264 (1,2%)	0,000001	16,98(3,9-84,7)
Lesiones sincrónicas	18/52 (34,6%)	192/330 (58,2%)	0,0015	0,38(0,20-0,73)

CONCLUSIONES

1.- Uno de cada siete pacientes con CCR fue menor de 50 años, presentando rasgos clínicos y características tumorales diferenciales frente al resto. 2.- El perfil clínico del paciente joven es el de fumador de >10 cigarrillos/día, con menor proporción de obesidad y sobrepeso y con mayor frecuencia de criterios de Amsterdam I y II. 3.- La incidencia de tipos histológicos distintos al adenocarcinoma fue superior en los menores de 50 años, a expensas del cáncer mucinoso. Así mismo los más jóvenes mostraron una menor frecuencia de lesiones neoplásicas sincrónicas.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

CRIBADO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE HLA: RESULTADOS PRELIMINARES

M. Vicuña, J.M. Zozaya, J.P. Martínez de Esteban, F. Sala, L. Forga, J.M. Martínez-Peñuela, M. Palacios.
Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) presenta una prevalencia aproximada de un 1%, siendo más prevalente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Dada la existencia de formas asintomáticas y oligosintomáticas difíciles de diagnosticar y la probabilidad de desarrollo de complicaciones si no se trata adecuadamente, se recomienda el cribado de EC en este grupo mediante la determinación de anticuerpos (Ac) antitransglutaminasa (ATG) de clase IgA. En el 2003 se hizo en Navarra un cribado de EC mediante la determinación de ATG en pacientes con DM1, hallando una prevalencia del 3,2%. La ATG es muy sensible para estadios avanzados de lesión histológica (Marsh 3), con una sensibilidad del 30% en los estadios Marsh 1 y 2. En estudios recientes, se ha descrito una prevalencia de manifestaciones clínicas de EC similar en los distintos estadios de lesión histológica. El 90% de los celíacos son HLA-DQ2 positivos y el resto DQ8 positivos. Así, un paciente con un HLA distinto a éstos tendrá prácticamente nulas probabilidades de ser celíaco. Por ello, se ha sugerido utilizar el HLA como método de cribado de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro objetivo ha sido realizar un nuevo cribado de EC en un grupo aleatorio de pacientes con DM1 mediante la determinación del HLA. Se determinó el HLA-DQ y ATG IgA en 100 pacientes con DM1 que acudieron de forma consecutiva a la consulta de endocrinología entre Octubre y Diciembre de 2008. Aquellos HLA-DQ2 o DQ8 positivos fueron valorados con una anamnesis detallada acerca síntomas relacionados con la EC y se les propuso la realización de una endoscopia alta con toma de 4 biopsias de duodeno distal para estudio anatomopatológico. Los hallazgos histológicos compatibles con EC se clasificaron según los grados de Marsh.

RESULTADOS

De los 100 pacientes con DM1, 92 tenían HLA compatible (70 HLA-DQ2, 15HLA-DQ8 y 7 eran heterocigotos para HLA-DQ2 y DQ8). El 61% de los pacientes eran varones y el 39% mujeres, con una mediana de edad de 41 años (rango: 18-83). La mediana del tiempo de evolución de la DM1 era de 12 años (rango: 0-34). 80 aceptaron la realización de la gastroscopia. Nueve pacientes (11,5% de los pacientes estudiados y el 9% de la población inicialmente seleccionada) mostraron datos histológicos compatibles con EC. De ellos, 3 tenían ATG positivo, y a nivel histológico se correspondían un estadio Marsh 1en un paciente y Marsh 3c en los otros 2. De los pacientes con ATG negativos, 2 tenían un estadio Marsh 2 y 4 un estadio Marsh 3a.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con DM1 son un grupo de riesgo para el desarrollo de EC, siendo su prevalencia de al menos un 9%. 2. El cribado mediante ATG sólo permite detectar 1/3 de los pacientes con EC. 3. El 92% de los pacientes con DM1, son HLA-DQ2 o DQ8. 4. El cribado mediante HLA permite detectar un número mayor de celíacos, sobre todo aquellos con estadios histológicos más precoces.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Respuesta al tratamiento con Entecavir y Tenofovir en pacientes con hepatitis B crónica, en un hospital de tercer nivel.

A. Gómez, J. Arenas, M. García-Bengoechea, M. Martos, A. Iribarren, A. Agirre, L. Martín, F.J. Esandi, N. Muro, J.I. Arenas.
Servicio Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la hepatitis B constituye un grave problema sanitario a nivel mundial. La decisión de cuando tratar y qué medicamento usar es importante y complicada. El objetivo de esta comunicación es evaluar la respuesta al tratamiento con Entecavir y Tenofovir en pacientes con hepatitis crónica B.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los pacientes con hepatitis crónica VHB y carga viral detectable tratados con Entecavir (n=17), y con tenofovir sólo o asociado con lamivudina (n=6) midiendo la respuesta al mismo (ausencia o bajas concentraciones de ADN-VHB en suero, determinado por PCR).

RESULTADOS

Se han estudiado 17 pacientes, 15 varones y 2 mujeres, con una edad media de 57 años tratados con entecavir. De estos 17 pacientes, 11 (64.7%) eran HBe Ag positivo y 6 (35.3%) eran HBe Ag negativo. Siete (41.2%) tenían criterios clínico-patológicos de cirrosis al inicio del tratamiento.

Once (64.7%) de los pacientes no habían recibido tratamientos previos, tres (17.6%) habían sido tratados previamente con lamivudina, dos (11.8%) con adefovir y uno (5.9%) con la combinación de lamivudina y adefovir. El tratamiento fue bien tolerado en todos los pacientes lo que evitó realizar cambios en el mismo. De los 17 pacientes 15 (88.2%) presentaban respuesta óptima entre 6-12 meses de iniciar el tratamiento. Un paciente (5.9%) presentó hepatitis fulminante y falleció. Otro paciente, tratado previamente con adefovir, presentó respuesta subóptima. En un paciente se produjo la seroconversión HBs Ag-Anti HBs.

De los 6 pacientes estudiados en tratamiento con tenofovir o tenofovir más lamivudina, 5 eran varones y 1 mujer, con una edad media de 51 años. Ninguno presentaba cirrosis al comienzo del tratamiento. Cuatro (66.66%) pacientes eran HBe Ag positivo y 2 (33.33%) HBe Ag negativo. De los 6 pacientes, 4 habían sido tratados previamente con lamivudina y adefovir y dos con interferon. De los 3 pacientes tratados más de 1 año, uno presentaba carga viral negativa y los otros 2 presentaban buena respuesta con carga viral <100 UI/ml. Los otros 3 llevan menos de 1 año de tratamiento, uno de ellos con carga viral no detectable a los 6 meses y los otros 2 con carga viral <300 UI/ml.

CONCLUSIONES

El tratamiento con entecavir y tenofovir es eficaz y bien tolerado en los pacientes con hepatitis crónica VHB. De 23 pacientes tratados con entecavir o tenofovir se ha conseguido respuesta óptima en 19 de ellos.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

ACEPTACIÓN Y RESULTADOS DE LA COLONOSCOPIA Y EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO EN POBLACIÓN DE RIESGO MEDIO

Inés Gil[a], Luis Bujanda[a], Elizabeth Hijona[a], Ángel Cosme[a], Juan Arenas[a], Leire Zubiaurre[c], Mari L. Jauregui[b], Edurne Artiñano[d], Alazne Aguirre [a] ,Cristina Sarasqueta[e].
[a] Servicio de Digestivo. Hospital Donostia. CIBERehd. Universidad del País Vasco. San Sebastián.
[b] Médico de Familia y Jefe del Centro de Salud de Lasarte-Oria. Guipúzcoa.
[C] Servicio de Digestivo. Hospital de Mendaro.
[d] Servicio de Anatomía Patológica. Policlinica Gipúzkoa. San Sebastián .
[e] Servicio de Epidemiología. Hospital Donostia. CIBERESP. San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados. Nuestro objetivo era valorar la aceptación y resultados del test de sangre en heces inmunológico (SOHi) y la colonoscopia en una población de riesgo medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionan de forma aleatoria 1734 personas asintomáticas entre 50 y 69 años asíntomaticos. Se excluyen aquellas con antecedentes familiares de primer grado a una edad inferior a los 60 años, enfermedades asociadas graves con un pronóstico de supervivencia inferior a 5 años, enfermedad inflamatoria intestinal o con CCR previo. Se aleatorizan en dos grupos: 1276 al grupo de SOHi y 458 a colonoscopia. A todos los individuos se les envía una carta de presentación, otra de invitación a las 3 semanas de la primera y una de recuerdo a los 3 meses si no habían contactado para participar en el estudio.

RESULTADOS

De las 1276 personas invitadas a la prueba de SOHi acudieron a la consulta 570 (45%), de ellas 548 han aceptaron participar en el estudio. Se ha realizado el test en 318, con un resultado positivo (>74 ug/ml) en 32 (10%). De las 458 personas invitadas a la colonoscopia con anestesia acudieron a la consulta 187 (41%), de ellas 180 aceptaron participar en el estudio. Hasta ahora, se han hecho y disponemos de los resultados de 83 individuos. De los 32 sujetos con SOH positiva se hizo colonoscopia en 17 (Tabla).

	Colonoscopia directa (83)	Colonoscopia tras SOH + (17)
Normal	35 (42%)	4 (24%)
Polipos hiperplasicos	25 (30%)	4 (24%)
Neoplasia no avanzada	17 (20%)	1 (6%)
Neoplasia avanzada	5 (6%)	8 (47%)
Cáncer	1 (1%)	0

CONCLUSIONES

1. La aceptación de la colonoscopia como metodo de cribado es alta.
2. La detección de neoplasias avanzadas tras la realización de SOHi es algo inferior a lo reportado en la literatura

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

¿Pueden predecirse las enteroscopias con cápsula incompletas? Análisis prospectivo de posibles factores relacionados en 271 casos.

Irisarri R., Fernández-Urien I., Zozaya J.M., González de la Higuera B., Ruiz-Clavijo D., Borobio E., Elizalde I., Borda A., Jiménez F.J. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La enteroscopia con cápsula endoscópica (ECE) se ha convertido en una técnica imprescindible para el estudio del intestino delgado aunque hasta en un 28% de las ocasiones, ésta no alcanza el ciego restando eficacia al procedimiento. Los objetivos del presente estudio fueron evaluar de prospectivamente los factores relacionados con ECE incompletas en una amplia serie de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio todos los procedimientos realizados entre Enero y Diciembre de 2008 en nuestro centro. Todos los procedimientos se realizaron con la PillCam™SB2. Las variables analizadas en el estudio como posibles factores relacionados con procedimientos incompletos fueron: edad, sexo, peso, talla, IMC, indicación de la exploración, régimen del paciente (ambulatorio o ingresado), antecedentes de cirugía abdominal, patología concomitante (diabetes mellitus, nefropatía o patología tiroidea), medicación habitual y valores de hemoglobina en el momento de la exploración. Para el análisis estadístico se emplearon los tests de Chi2 y t de Student (SPSS 15.0). Valores de $p<0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Se incluyeron 271 pacientes (127 hombres y 144 mujeres) con una edad media de 56 años (rango 15-92). El peso, talla e IMC medios fueron de 70,8 Kg, 165 cm y 26 Kg/m^2, respectivamente. El 40,2% de los pacientes habían sufrido alguna intervención abdominal y 16,2% eran diabéticos. La hemoglobina media de los pacientes fue de 11,5 gr/dL y el 27% de los procedimientos se llevó a cabo con el paciente hospitalizado. El 10,7% de las ECE (n=29) fueron incompletas sin observarse una relación directa entre sexo, peso e IMC y este suceso. La frecuencia de procedimientos incompletos en pacientes con una edad superior a 60 años y en pacientes con una estatura superior a 169 cm fue significativamente mayor que en el resto de los pacientes p=0,002 y p=0,044, respectivamente. Respecto a los antecedentes personales de los pacientes, la cirugía abdominal previa fue la única variable relacionada de forma significativa con una frecuencia superior de exploraciones incompletas (p=0,032). Los pacientes con niveles de hemoglobina menores de 10 gr/dL alcanzan menores tasas de llegada a ciego de manera estadísticamente significativa (p=0,04). Las enteroscopias que se llevaron a cabo con el paciente en régimen de hospitalización fueron incompletas con una frecuencia significativamente mayor que aquellas que se realizaron en régimen ambulatorio (p=0,02).

CONCLUSIONES

La ECE en pacientes >60 años, con una altura mayor de 169 cms, con antecedentes de cirugía abdominal, con hemoglobina <10 gr/dL y los procedimientos realizados en régimen de hospitalización, son con mayor frecuencia incompletas, por lo que alternativas como administración de procinéticos deberían ser tenidas en cuenta.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

COLONOSCOPIA DIRECTA FRENTE A COLONOSCOPIA TRAS TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICO PARA LA PREVENCIÓN DE CCR EN POBLACIÓN DE RIESGO MEDIO

Inés Gil[a], Luis Bujanda[a], Fernando Múgica[a], Pilar López[a], Luis Alzate[a], Paco Esandi[a], Juan Arenas[a], Leire Zubiaurre[a], Unai Goikoetxaea[a], Nerea Muro[a], Leticia Martín[a], Ángel Cosme[a], Elizabeth Hijona[a], Mari L. Jauregui[b].
a.- Servicio de Digestivo. Hospital Donostia.
b.- Médico de Familia y Jefe del Centro de Salud de Lasarte-Oria. Guipúzcoa.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados. Nuestro objetivo ha sido evaluar las lesiones detectadas en la colonoscopia directa comparadas con las detectadas en la colonoscopia tras test de sangre oculta en heces (SOHi) positivo para la prevención de CCR en una población de riesgo medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado los resultados de 87 colonoscopias directas y 149 colonoscopias tras SOHi positivo (≥100ug/ml) realizadas a 236 personas asintomáticas de entre 50 y 69 años. Se excluyeron aquellas con antecedentes familiares de primer grado de CCR a una edad inferior a los 60 años, enfermedades asociadas graves con un pronóstico de supervivencia inferior a 5 años, enfermedad inflamatoria intestinal o con CCR previo. Las colonoscopias las realizaron distintos endoscopistas del mismo hospital y bajo anestesia general.

RESULTADOS

Todas las colonoscopias fueron completas. De las 149 colonoscopias realizadas tras SOHi 15 (10%) fueron normales. En 32 (21.5%) se observaron lesiones potencialmente sangrantes no relacionadas con el CCR sobre todo hemorroides y divertículos. En 10 (6.7%) se hallaron pólipos hiperplásicos. En 18 (12%) neoplasias no avanzadas. De los 62 (41.6%) pacientes con neoplasias avanzadas, 10 (6.7%) presentaban adenocarcinoma in situ en el momento de la polipectomia. Por último 12 (8%) de los pacientes tenían un cáncer. De las 87 colonoscopias realizadas directamente 35 (42%) fueron normales. En 25 (30%) habia pólipos hiperplásicos. En 17 (20%) se hallaron neoplasias no avanzadas y en 5 (6%) neoplasias avanzadas. Ningún paciente tenía cáncer.

CONCLUSIONES

El número de neoplasias avanzadas detectadas no varía de los obtenidos en otros estudios. El test de SOHi detecta un porcentaje notablemente mayor de neoplasias avanzadas y cáncer que la colonoscopia directa, pero es claramente inferior para detectar lesiones no avanzadas y pólipos hiperplásicos.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPATICA EN RATAS POR MEDIO DE UNA NUEVA SECUENCIA DE RESONANCIA MÁGNETICA

Hijona E.[1], Bujanda L.[1], Sánchez-González[2], Alustiza J.M.[3], García E.[3], Sarasqueta C.[1], Larzabal M.[1], Cosme A.[1], Hijona L.[4], Gil I.[1], Jiménez R.[1], Beguiristain A.[1]
1.- Servicio Digestivo. CIBER EHD. Universidad Pais Vasco. Donostia-San Sebastián. Spain
2.- Philips Healthcare Iberia. Madrid. Spain
3.- Osatek. Unidad Donostia-San Sebastián. Spain
4.- Servicio Digestivo, Hospital Basurto

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad grasa hepática no alcohólica en la población oscila entre el 3% y 24%. La histología del hígado es la prueba oro para el diagnóstico y en la graduación de la severidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió el hígado de 50 ratas tipo Wistar de 250 g por RM. A 40 ratas se les provocó diferente grado de esteatosis hepática simple mediante dieta modificada carente de lípidos y periodos de ayuno según el modelo descrito previamente por nuestro grupo[a]. 10 ratas eran utilizadas como grupo con acceso libre a agua y a una dieta estándar. La secuencia de RM utilizada fue de tipo multieco a la que se asocia un análisis espectral para la separación de agua y de grasa. Se cuantificó la grasa hepática según el método histológico descrito por Kleiner[b] y por el método bioquímico de Folch[c].

RESULTADOS

La graduación histologíca fue de grado 0 en 20 ratas, grado II en 10 ratas y grado III en otras 10 ratas. Los parámetros bioquímicos de grasa hepática según el método de Folch oscilaron entre 2.65 g/ 100g hígado en el grupo control, 4.99 g/ 100g hígado en grupo grado I, 4.71 g/ 100g hígado en el grupo grado II, 5.35 g/ 100g hígado en el grupo grado III. El grado de correlación de Pearson entre la RM y la cuatificación bioquímica fue excelente (R^2= 0.87).

CONCLUSIONES

La RNM tipo secuencia multieco tiene una correlación excelente con el método histológico y bioquímico en la cuantificación de grasa hepática .

[a] Bujanda L, et al. BMC Gastroenterology 2008; 8: 40.
[b] Kleiner DE et al. Hepatology 2005; 41: 1313.
[c] Folch J, et al. J Biol Chem 1957; 226: 497.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

EFECTIVIDAD DE LA ABLACIÓN CON ARGÓN DEL ESÓFAGO DE BARRETT: RESULTADOS A LARGO PLAZO.

M. Vicuña, A. Ciáurriz, A. Pueyo, J. Eguaras, S. Oquiñena, R. Armendáriz, E. Albéniz, C. Jiménez.
Hospital Virgen del Camino

INTRODUCCIÓN

El esófago de Barrett (EB), aunque con un riesgo global bajo, supone una situación de predisposición para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. La estrategia terapéutica incluye opciones tan diversas como la supresión ácida enérgica, distintas técnicas endoscópicas ablativas o diversos procedimientos quirúrgicos.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar la seguridad y efectividad a largo plazo de la ablación con plasma de argón (APC) del EB.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio ha incluido a 19 pacientes consecutivos diagnosticados de EB entre abril de 2001 y agosto de 2002. De ellos, 15 (79%) eran varones y 4 (21%) mujeres, con una mediana de edad de 49 años. Los criterios de inclusión fueron: todos los EB sin displasia o displasia de bajo grado**.** La mediana de la longitud del EB fue de 1,5 cm (rango: 0,6-9), tratándose en 7 casos de un EB largo (>3 cm). Diez pacientes (52,6%) presentaban cirugía antirreflujo. A todos se les pautó tratamiento con IBPs a doble dosis. Se realizaron sesiones terapéuticas, todas ellas bajo sedación profunda, cada 2-4 semanas, usándose APC con potencias de 50-70 W y flujos de 1,3-1,5 L/m. Tras la conclusión del tratamiento se programaron controles periódicos hasta la actualidad, que no todos los pacientes han seguido estrictamente por asintomaticidad. La mediana de sesiones fue de 2 (rango: 1-11) y la de seguimiento de 5 años (rango: 2-8)

RESULTADOS

Al final de seguimiento 15 pacientes (79%) estaban libres de EB. Los pacientes con EB largo fueron sometidos a un número significativamente mayor de sesiones [mediana (rango)], [3 (2-11)] vs [2 (1-3)] que los pacientes con EB corto (p=0,01). Sin embargo no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al resultado final (p=0,53). Tampoco hubo diferencias significativas en el resultado final entre los pacientes con cirugía antirreflujo y sin ella (p=0,21). No se registraron complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento tanto precoces como tardías.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento con APC del EB sin displasia o con displasia de bajo grado es efectivo en un alto porcentaje de los casos. 2. La eficacia es independiente de la longitud del EB y de la asociación de una técnica quirúrgica antirreflujo. 3. Dicho tratamiento es un procedimiento seguro a corto y largo plazo. 4. El tratamiento con APC podrían ser una alternativa a la vigilancia endoscópica periódica en pacientes sin displasia o con displasia de bajo grado.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO DE HEPATOCARCINOMA EN RATAS

Hijona E.[1], Bujanda L.[1], Arenas J.[1], Cosme A.[1], Gil I.[1], Sarasqueta C.[1], Larzabal M.[1], Hijona L.[2], Aldazabal P.[1], Beguiristain A.[1], Jiménez R.[1]

1.- Hospital Donostia, Servicio de Digestivo, CIBER EHD.
Universidad Pais Vasco. Donostia-San Sebastián. Spain
2.- Hospital de Basurto, Servicio de Digestivo

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor maligno primario más frecuente del hígado, y la primera causa de muerte de las enfermedades hepáticas. La incidencia del HCC ha ido aumentando de forma continua en los últimos años en todo el mundo. Es importante disponer de modelos animales de hepatocarcinoma para ensayar nuevos fármacos contra esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron ratas Wistar (200-250 g) (Crl:Wi (Han) (outbred); Charles River; Barcelona) y como tóxico hepático la dietilnitrosamina (DEN) a través de sondaje orogástrico. La duración del estudio fue de 19 semanas. Todas las ratas tenían libre acceso al agua y a comida estandard. Se establecieron 3 grupos experimentales en función de la dosis de DEN y los días de administración. Al grupo I (n=10) se les administraba 0.5 ml de DEN los lunes y viernes de cada semana. Al grupo II se les administraba 0,25 ml de DEN los lunes, miércoles y viernes y al grupo III se les administraba 0,5 ml de DEN los lunes, miércoles y viernes. Se estudió en sangre periférica parámetros bioquímicos y en el hígado, se realizó histología para cuantificar la presencia o no de fibrosis/cirrosis y el desarrollo, número y tamaño de los hepatocarcinomas.

RESULTADOS

Los niveles de AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina fueron mas altos significativamente en el Grupo III que en los grupos I y II ($P<0.05$) (Tabla 1). Todas las ratas de los grupos I y III presentaban fibrosis. El grupo II tenía cambios inflamatorios y esteatosis. Los grupos I y III desarrollaron nódulos multicéntricos y además el grupo III hepatocarcinoma. El número y el volumen era mayor en el grupo III que en el grupo I (38,2 nódulos de media y un volúmen de 58,46 cc en el grupo III y 7,8 y 0,45 cc en el grupo I) con diferencias significativas ($P<0.05$). La mortalidad a las 19 semanas en cada uno de los grupos fue de 10% para el grupo I, 0% para el grupo II y 10% para el grupo III.

GRUPO	AST (U/L)	ALT (U/L)	GGT (U/L)	FA (U/L)
I	113 (112-135)	58,5 (54,75-78)	4,55 (1,45-32,85)	112,5 (83,75-183,25)
II	135(127,5-154)	52 (48,5-58,5)	4,1 (2,1-6,25)	120 (87,5-135)
III	266,5(150-418,25)	109 (76-205)	58,35 (19,5-173,45)	157,5 (148,5-243)

CONCLUSIONES

1.- 0.5 ml de DEN por sondaje orogástrico administrado tres días a la semana durante 19 semanas produce hepatocarcinoma en ratas.
2.- El número y tamaño de nódulos era mayor en el Grupo III.
3.- La mortalidad a las 19 semanas con cualquiera de las pautas utilizadas era baja.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

EFECTO DEL RESVERATROL SOBRE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN RATAS OBESAS

Hijona E.[1], Bujanda L.[1], Hijona L.[2], Aldazabal P.[3], Cosme A.[1], Sarasqueta C.[4], Arenas J.R.[1], Gil I.[1], Portillo M.P.[5], Gómez S.[5], Macarulla M.T.[5]

[1] CIBERehd-Hospital Donostia, Servicio de Digestivo

[2] Hospital de Basurto, Servicio de Digestivo

[3] Hospital Donostia, Unidad Experimental

[4] Hospital Donostia, Servicio de Epidemiología

[5] Universidad del País Vasco, Facultad de Farmacia (Vitoria)

INTRODUCCIÓN

La obesidad y la esteatosis hepática constituyen un problema de salud pública en sociedades desarrolladas debido a su elevada prevalencia. Se está investigando sobre fármacos que puedan evitar el exceso de grasa acumulada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron 3 grupos experimentales de ratas obesas modificadas genéticamente (Crl:ZUC (Orl)-Lepr^{fa} (outbred); Charles River; Barcelona); un grupo control (n=9) y dos grupos de tratamiento (cada uno de 10 ratas) con dos dosis diferentes de resveratrol (15mg/kg/d y 45mg/kg/d). Todas las ratas tenían libre acceso al agua y a una dieta estándar durante las 6 semanas. Al finalizar este periodo se sacrificaban los animales. Se estudiaron parámetros bioquímicos de la funicón hepática en sangre y la histología del hígado de las ratas.

RESULTADOS

En los grupos tratados con resveratrol se observó una pérdida de peso que fue mayor en el grupo tratado con la dosis más baja de resveratrol (213g) frente a 250g en el grupo control y 237g en el grupo tratado con dosis altas de resveratrol ($p<0.05$). Los niveles de AST fueron de 186 U/L en el grupo control y de 150 U/L en el grupo resveratrol ($p<0.05$). También se objetivo una disminución significativa ($p<0.05$) en los grupos resveratrol en la glucosa, colesterol, HDL, y creatinina. Los valores de proteínas totales, albumina y GPT no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos. El índice hepatico (peso hígado/peso rata X100) fue menor entre los grupos resveratrol ($p<0.05$) respecto al grupo control; pero esta diferencia fue mayor en el grupo tratado con dosis menor de resveratrol ($p<0.01$). El cúmulo de grasa en el hígado disminuyó en las ratas tratadas con resveratrol. Tanto la concentración de TG y colesterol hepático fue menor en los grupos tratados con resveratrol ($p<0.05$). La disminución fue mayor en las ratas con menor dosis de resveratrol que a altas dosis (grado I versus grado III) con diferencias significativas ($p<0.05$).

CONCLUSIONES

1. El resveratrol disminuye el depósito de grasa hepática en ratas obesas.
2. El efecto es mayor con dosis más bajas de resveratrol

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva

Reconocida de interés sanitario por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

www.svnpd.org

PÓSTERS

Organiza:

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

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

SEDACIÓN EN LA ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DE BASURTO

Hijona L., Bravo M.T., Basterra S., Merino A., García I., De Eguia O., Calderón A. J., Orive V.
Hospital de Basurto, Servicio de Digestivo

INTRODUCCIÓN

Las exploraciones endoscópicas con sedación moderada supervisada por un gastroenterólogo es una técnica segura. Obtener este grado de sedación es más dificultoso en las colonoscopias por ser éstas más dolorosas. El Propofol ha supuesto un gran avance en la sedación. Ha demostrado ser mejor que las benzodicepinas y narcóticos para inducir la sedación, es liposoluble y su efecto de acción es muy rápido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 3414 pacientes (1682 varones y 1732 mujeres), siendo la edad media de 63 años. Se realizaron 4177 exploraciones endoscópicas. En 763 pacientes se realizó gastroscopia y colonoscopia, en 2133 colonoscopia y en 518 gastroscopia. Se recogieron los datos de tolerancia a la prueba, tiempo de recuperación, complicaciones y fármaco empleado.

RESULTADOS

PAUTA	EXPLORACIÓN	AMNESIA	TOLERANCIA BUENA (%)	TOLERANCIA OBJETIVA(%)	"T" RECUPERACIÓN
Midazolan+ Dolantina	Gastroscopia	213	71,4	70,9	36
	Colonoscopia	82	58,03	40,8	70
Propofol-opiáceo-Midazolan	Gastroscopia	287	89,8	86,2	27
	Colonoscopia	66	75,37	80,09	49

Se subdividió el grupo Propofol-opiodide en Propofol-Fentanilo-Midazolam y Propofol-Dolantina-Midazolam. Se apreció que el tiempo de recuperación de los pacientes tras la colonoscopia con estas pautas era 46 minutos frente a 52 minutos. El número de paciente que padecían amnesia era mayor en el primer grupo, 56 (7,6%) frente a 10 (3,7%). Grupo 1 575 pacientes (78,23%) presentaron una buena tolerancia frente 190 pacientes (71,9%) del grupo2. En el grupo 1, 11 pacientes mala tolerancia (0,1%) frente 10 pacientes (0,3%) grupo2. En el grupo que empleaba Midazolam y Dolantina, se apreció en un subgrupo que aumentaba la dosis de Dolantina durante la exploración que el tiempo de recuperación aumentaba significativamente, 76 minutos frente a 65 no aumentado dosis de Dolantina. 19 pacientes (0,45%) presentó alguna complicación: síncope vasovagal (26,31%) (5), desaturación leve que no precisó de ninguna maniobra especial para recuperar al paciente. (42,10%) (8), bradicardia leve solo en un caso se empleo atropina para revertir al paciente (26,31%) (5) y desaturación+bradicardia que no precisó ninguna maniobra especial. (5,26%). Se empleó la combinación Dolantina y Midazolan

CONCLUSIONES

-La sedación supervisada es una técnica muy segura con una tasa de complicaciones muy baja y leve.

-La combinación de Midazolam, Fentanilo y Propofol es la mejor para la sedación de las colonoscopias con mayor grado de amnesia, mejor tolerancia del paciente y menor tiempo de recuperación del paciente.

-La combinación de Propofol y Midazolam es la mejor para realizar gastroscopias con sedación, con mayor grado de amnesia

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Dilatación endoscópica en estenosis esofágicas benignas: Resultados de 137 sesiones.

Drs. A. Hernández, M. Navajas, S. Torres, A. Orive, J.A. Arévalo, M. Durán, J. Fernández, A. Bernal, J. L. Cabriada

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

INTRODUCCIÓN

La dilatación esofágica es un procedimiento utilizado para el tratamiento de la disfagia de aquellos pacientes con patología obstructiva esofágica. Nuestro objetivo es determinar su eficacia y seguridad como tratamiento en estenosis esofágicas de origen benigno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre una base de datos recogida en nuestro centro de los pacientes sometidos a dilataciones endoscópicas. Se han realizado 137 dilataciones en 29 pacientes.

Como método de evaluación de la eficacia de las dilataciones hemos utilizado el diámetro de la estenosis, el IDP (índice de Dilataciones Periódicas), los grados de disfagia mejorados y el número global de dilataciones realizadas. Las comparaciones estadísticas se han realizado con el programa SPSS 15.0 para Windows, utilizando la t-student, el test ANOVA para comparar variables cuantitativas de distribución normal y los test de U Mann-Whitney y el de Kruskal Wallis como tests no paramétricos.

RESULTADOS

El 80% de los pacientes presentó mejoría clínica significativa (un 88% de estos mejoró 3 grados o más). Los pacientes con disfagia inicial grado 5 precisaron mayor número de dilataciones, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,003$) con respecto a los pacientes que presentaban una disfagia inicial grado 4. En las estenosis post-radioterapia fueron necesarias un mayor número de dilataciones respecto a otras causas de estenosis benignas, siendo la diferencia estadísticamente significativa con respecto a las producidas por ERGE ($p<0,005$). Las estenosis por ERGE requieren dilataciones más espaciadas en el tiempo ($p>0,005$). Al analizar las complicaciones respecto al número total de dilataciones realizadas el 96% no presento ninguna complicación y sólo un 1% presentó una complicación grave (perforación).

CONCLUSIONES

- Los pacientes con mayor grado de disfagia inicial precisan mayor número de dilataciones y evolucionan peor al tratamiento dilatador (pese a conseguir mayor calibre).
- Las estenosis post-radioterapia son las que mayor número de dilataciones precisan, más que las secundarias a ERGE ($p< 0,005$).
- Es una técnica segura, sólo un 0,7 % presento una complicación grave (perforación).

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE INDIVIDUAL DEL RIESGO DE DESARROLLO DE LESIONES NEOPLÁSICAS METACRÓNICAS EN EL CÁNCER COLO-RECTAL RESECADO.

*A. Borda, JMª. Martínez-Peñuela**, M. Muñoz-Navas*, FJ. Jiménez, C. Carretero*, I.Fernández-Urién, F. Borda.*

*Sº. de Digestivo y A. Patológica**. Hospital de Navarra y Clínica Universitaria*. Pamplona.*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro trabajo ha sido identificar una serie de posibles factores de riesgo para el desarrollo de lesiones neoplásicas metacrónicas en el cáncer colorectal (CCR), que permitiera elaborar tras la cirugía un índice pronóstico individual del riesgo de presentarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 382 CCR resecados. Comparamos las diferencias de incidencia de lesiones metacrónicas en 40 variables referentes a los datos clínicos del paciente, antecedentes personales y familiares, características de las lesiones neoplásicas iniciales y estudio inmunohistoquímico del tumor. Con las variables que mostraron diferencias significativas en el análisis multivariable no condicional, elaboramos un índice individual de riesgo, agrupando a los pacientes en 3 grupos de riesgo para el desarrollo de metacronicidad.

RESULTADOS

Tras una mediana de seguimiento de 48 meses, con 2,74±1,47 colonoscopias completas/paciente, diagnosticamos lesiones neoplásicas metacrónicas en un 42,4% de los casos. Las variables con valor pronóstico para la metacronicidad fueron: localización distal del cáncer: p=0,042; OR = 2,30 (1,03-5,13); consumo de alcohol: p = 0,03; OR = 2,20 (1,08-4,48); presencia de adenoma sincrónico único: p= 0,041; OR = 2,47 (1,03-4,48) ó múltiple: p= 0,001; OR = 4,26 (1,78-10-17) y adenoma avanzado: p = 0,037; OR= 2,91 (1,52-12,60). La expresión tisular de Muc-5 en el tumor mostró valor protector: p = 0,006; OR = 0,23 (0,08-0,66). A partir de estas variables establecimos una puntuación individual del riesgo, clasificando a los pacientes en 3 grupos de riesgo, con un poder de discriminación para la metacronicidad de p<0,0000001. La clasificación en grupos de alto y bajo riesgo mostró una sensibilidad de 75,32, especificidad = 84,21, valores predictivos (+) = 75,34, (-) = 92,31, con una precisión diagnóstica global = 80,75.

CONCLUSIONES

1.- El consumo de alcohol, la localización distal del CCR, la falta de expresión tisular de Mucina-5, la presencia de adenomas sincrónicos únicos o múltiples y la de un adenoma avanzado han mostrado ser factores independientes de riesgo para el desarrollo de lesiones metacrónicas. **2.-** Estas variables nos han permitido calcular, desde el momento de la cirugía, un índice pronóstico individual, clasificando a los pacientes en 3 diferentes grupos de riesgo de metacronicidad, con un significativo poder de discriminación. **3.-** En los grupos de alto y bajo riesgo registramos una aceptable especificidad y precisión para el pronóstico de lesiones metacrónicas, destacando el elevado poder predictivo negativo de nuestra clasificación, que aconsejaría poder efectuar un seguimiento endoscópico menos estricto en estos casos.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

VIABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES ANCIANOS

Goñi S., Amorena E., Juanmartiñena F.J., Vila J.J., Jiménez F.J.
Servicio de Digestivo. Hospital de Navarra

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se está realizando de forma creciente en la población de edad avanzada. Los estudios hasta la fecha concluyen que la CPRE en los pacientes de edad avanzada es segura y eficaz, aunque tienen algunas limitaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

De forma retrospectiva identificamos de una base de datos prospectiva de CPRE a aquellos pacientes mayores de 85 años que se sometieron a una CPRE en nuestra unidad entre febrero de 2002 a junio de 2007. Como control pareado, por cada caso incluido, seleccionamos al paciente anterior menor de 85 años sometido a CPRE. Todas las CPRE se realizaron con sedación consciente o anestesia general utilizando Propofol. Registramos la estancia hospitalaria después de la CPRE, el nivel de ASA, la duración del procedimiento desde la monitorización endoscópica hasta la salida de la sala de endoscopia, la canulación satisfactoria de la papila, la dosis de Propofol administrada, las complicaciones relacionadas con la anestesia y con la CPRE. Utilizamos los tests t-Student y U Mann-Whitney para comparación de variables cuantitativas, y los test de Chi-cuadrado y Fisher para comparación de variables cualitativas. Calculamos la potencia estadística (PE) de las comparaciones.

RESULTADOS

Incluimos 176 pacientes en cada grupo. La edad media en el GCa y el GCo fue de 88,42±2,78 (rango 85-96 años) y 70,23±13,6 (rango: 19-84 años) respectivamente. No se identificaron diferencias significativas entre el GCa y GCo con respecto a: canulación satisfactoria de la papila (97,2% vs 95,4%), duración de estancia hospitalaria después de la CPRE (7,28 vs 6,40 días), presión sistólica o frecuencia cardíaca durante la CPRE (132,8 vs 129,6 mmHg y 92 vs 88 lpm), duración del procedimiento (47,9 vs 47,7 minutos), complicaciones relacionadas con la anestesia (5,47% vs 4,1%, PE: 61%) ni complicaciones relacionadas con la CPRE (9,5% vs 9,5%, PE: 3%). Por otro lado, el nivel de ASA en el GCa fue significativamente mayor que en el GCo (72,6% vs 50,7%, p= 0.0002, PE: 98%); la dosis de Propofol administrada en el GCa fue significativamente menor que el GCo (233 vs 277 mg, p= 0.001); y saturación basal de oxígeno fue significativamente menor en el GCa (95% vs 97%, p= 0.00005).

CONCLUSIONES

La CPRE es tan viable y segura en pacientes de edad avanzada como en pacientes jóvenes. En nuestra serie no hemos encontrado más complicaciones en pacientes ancianos que en los jóvenes, a pesar de una peor condición general en los ancianos (mayor ASA).

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MACROSCÓPICAS Y DEL GRADO DE DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN LOS LINFOMAS GÁSTRICOS PRIMARIOS

Ruiz-Clavijo D., Goñi S., Kutz M., Martínez-Peñuela J.M., Zozaya E., Borda F.
Servicios de Digestivo y A. Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El linfoma extranodal de zona marginal de tipo MALT (MALT) y el linfoma difuso de células grandes (CG) constituyen los dos principales linfomas gástricos primarios, estando en discusión la posibilidad de transición entre ambos. Nos planteamos estudiar las características clínicas y macroscópicas de una serie de linfomas gástricos primarios, analizando el grado de dificultad diagnóstica en los dos tipos de lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos 44 linfomas gástricos primarios (23 MALT y 21 CG) diagnosticados en el periodo 1994-2009, comparando entre ambos grupos una serie de parámetros clínicos (sexo, edad, localización intragástrica, estadio tumoral). Analizamos el número de gastroscopias con biopsia necesarias para llegar al diagnóstico definitivo. Empleamos los tests de Student, Fisher y Chi cuadrado, determinando la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%. Consideramos significativos los valores de $p<0,05$.

RESULTADOS

Un 56,5% de los MALT precisaron más de una endoscopia con biopsias para su diagnóstico, frente a un 9,5% en los CG: p=0,003; OR: 12,35 (1,98-99,02). El 81,8% de los MALT se diagnosticó en estadio I por sólo un 23,5% en los CG: p= 0,0009; OR=14,63 (2,51-100,6). La mortalidad de los CG fue superior: 33,3% a la de los MALT: 4,3% p=0,019; OR= 11 (1,11-264,8) tras un seguimiento de 66,2±47,1 y 71,3±55,6 meses, respectivamente (p= ns). El resto de los parámetros analizados no mostró diferencias significativas entre ambos tipos de linfoma.

CONCLUSIONES

1.- En nuestra serie, no encontramos diferencias significativas entre los linfomas MALT y los CG con respecto a las características del paciente, las manifestaciones clínicas y el aspecto macroscópico de las lesiones. **2.-** El diagnóstico definitivo ha resultado más fácil para los linfomas CG, precisando un menor número de gastroscopias con biopsia. **3.-** A pesar de ello, los linfomas CG presentan un estadio mucho más avanzado en el momento del diagnóstico, cursando con una mayor mortalidad.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

HEPATITIS AUTOINMUNE INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

A.Castiella (1), M. I.Lucena (2), E.Zapata (1), M. Berenguer(3), M.García-Bengoechea(4), P.Martínez Odriozola(5), F.Esandi(4), H. Hallal(6), J. Ibarmia(5), M. Casado(7), G. Peláez(7), J. Primo(8), P. Otazua(9), R. Andrade(2).

Gastroenterología-Hepatología-Medicina Interna, Hospitales de Mendaro-Guipúzcoa (1), Virgen de la Victoria- Málaga (2), La Fe- Valencia(3), Donostia-San Sebastián(4), Basurto-Bilbao (5)Morales Meseguer-Murcia(6), Torrecardenas- Almería (7), Sagunto-Valencia(8), Mondragón-Gipúzcoa(9), GEHAM

INTRODUCCIÓN:

La causa de la hepatitis autoinmune (HAI) es desconocida aunque existen datos que sugieren que los medicamentos podrían ser potenciales inductores. En algunos casos el paciente poseería un HLA-DR predisponente a padecer HAI (HLA-DR3, 4, 7) y el fármaco "despertaría" la enfermedad; en otros, la HAI ocurriría "de novo", sin esta predisposición, tras exponer al paciente a un determinado medicamento. Objetivo: Describir los casos con sospecha de HAI inducida por medicamentos recogidos en el Registro de Hepatopatías asociadas a medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trece pacientes cumplían los criterios internacionales establecidos para el diagnóstico de HAI fueron encontrados en el Registro Español de Hepatotoxicidad por Fármacos. Los pacientes presentaban los hallazgos clínicos y analíticos típicos de la HAI, incluyendo títulos detectables de ANA y/o AML, así como niveles elevados de gammaglobulinas (12/13), tras el inicio de tratamiento con diferentes medicamentos (Fluvastatina-2 casos-, Atorvastatina (2), Moxifloxacino-Ciprofloxacino/Atorvastatina, Minociclina, Infliximab, Meloxicam, Amoxicilina-Clavulánico, Omeprazol, nitrofurantoína, irbesartan y efalizumab). Se determinó HLA-DR en 10 pacientes y se realizó biopsia hepática en 9 casos.

RESULTADOS:

Trece pacientes de 686 casos de hepatotoxicidad idiosincrásica incluidos en el Registro (1.89%) fueron identificados (9 mujeres; edad media: 60 años (rango 15-86). La duración del tratamiento previo al desarrollo HAI varió desde 4 días hasta 24 meses. El pico de ALT (U/L) fue: media 1127,2 (rango 235-3515), pico de fosfatasa alcalina: media 220,6 (rango 114-357), y pico de bilirrubina total: media 7,94 (rango 0,6-24,24). Todos los pacientes poseían títulos detectables de ANA y/o AML. El HLA DR pudo obtenerse en 10 de los casos, con 4 pacientes presentando HLA DR3, dos DR4 y otro DR7; en tres de los pacientes en que se extrajo HLA DR este no fue predisponerte (DR 9,11; 10,13; 14,15). El score del índice de HAI posttratamiento varió de 13 a 25. La puntuación en la escala de CIOMS mostró 3 casos incompatibles con hepatotoxicidad por fármacos, 5 posibles y 5 probables (rango de puntuación 0-11). Se realizó biopsia hepática en 9 pacientes, presentando todos ellos diferentes grados de fibrosis (F0-F4) e infiltración por células plasmáticas. En un caso ocurrió una reexposición accidental a las fluorquinolonas, mientras estaba también en tratamiento con estatinas. En el caso Ibersartan, tras un primer episodio compatible con hepatotoxicidad, se reexpuso accidentalmente y desarrollo HAI. La frecuencia de asociación con otras enfermedades autoinmunes fue del 30,7%.

CONCLUSIONES:

Los fármacos pueden desencadenar una HAI tipo clásica, especialmente en aquellos pacientes con predisposición genética. La escala de CIOMS, utilizada ampliamente en el estableciemiento de causalidad en hepatotoxicidad, es de utilidad limitada en pacientes que desarrollan HAI por la falta de mejora espontánea tras la retirada del fármaco, no obstante, el papel de los medicamentos en esta variedad particular de hepatotoxicidad puede establecerse por la presencia de casos con reexposición positiva. La HAI inducida por fármacos es una entidad probablemente más frecuente de lo publicado hasta este momento. Debemos tener en cuenta esta posibilidad siempre que diagnostiquemos una HAI y en los casos de DILI que discurran de un modo atípico.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Resultados a medio-largo plazo con Infliximab en pacientes con un brote agudo grave de colitis ulcerosa resistente al tratamiento corticoideo.

Merino Ochoa, O.; Maroto Maroto, M.; Ituarte Arizaga, J.
Servicio Aparato Digestivo. Hospital de Cruces.

INTRODUCCIÓN

Desde el estudio controlado, randomizado y doble ciego publicado por Janerot en el 2005 no quedan dudas de que el infliximab (IFX) es un fármaco eficaz para inducir la remisión en pacientes con CU grave sin respuesta a corticoides. En relación a su eficacia a largo plazo, unicamente está publicado en forma de abstracts los resultados a tres años de un estudio en el que se observó que el 50% de los pacientes tratados con IFX y el 76% de los tratados con placebo ($p<0,01$) habían precisado una colectomia. Hay también publicados estudios observacionales con mayor número de pacientes con resultados similares. No obstante, son precisos más estudios que evalúen este aspecto porque con la información disponible en la actualidad los datos de eficacia a largo plazo son limitados. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia a largo plazo de IFX en CU grave sin respuesta a corticoides en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio abierto, retrospectivo, observacional. Se han incluido todos los pacientes con CU grave sin respuesta a corticoides tratados con IFX desde septiembre del 2005 hasta septiembre del 2009. Los pacientes fueron tratados con IFX con una pauta de inducción de 5 mg/Kg. en la semana 0, 2 y 6, y posteriormente continuaban con IFX de mantenimiento cada 8 semanas a la misma dosis. La eficacia a IFX se ha evaluado utilizando el índice de Truelove-Wits modificado.

RESULTADOS

Hasta la fecha han sido incluidos 23 pacientes (8 mujeres/15 hombres); con una edad media de 42 +/- 25 años y con una duración media de la enfermedad de 11 +/- 10 años. De éstos el 69,5% (16) presentaban una CU extensa y el 30,5% (7) una CU izquierda. El periodo medio de tratamiento con IFX es de 23 meses (rango 4-48). Hasta el momento actual de los 23 pacientes analizados 7 han precisado cirugía (30%), 4 (57%) de ellos precisaron por fallo primario al infliximab y los 3 restantes pacientes (42%) precisaron cirugía en el seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman que el tratamiento con IFX en CU grave cortico-resistente es efectivo para inducir la remisión clínica y para mantener la remisión a medio-largo plazo, aunque un 40% de los pacientes a largo plazo precisarán cirugía. Son precisos más estudios que evalúen a largo plazo la eficacia de IFX en este subgrupo de pacientes por las importantes implicaciones clínicas que tiene. En este sentido, la eficacia a largo plazo de la ciclosporina es uno de los puntos flojos de este fármaco y en este sentido, el resultado de estos datos puede ser una circunstancia a tener en cuenta para decidir una u otra opción terapeútica.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los tumores carcinoides del estómago.

A. Aguirre, A. Gómez, A. Cosme, L. Bujanda, M. Larzabal, JI. Asensio,
E. Ojeda, LF. Alzate, S. Larburu, F. Mugica, I. Gil.
Hospital Donostia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides gástricos constituyen el 0,3% de todas las neoplasias gástricas. Se presentan las características clínicas y evolutivas de una serie de 13 casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre junio de 1996 y enero de 2009, hemos estudiado a 13 pacientes con tumor carcinoide de localización gástrica. En todos se realizó estudio anatomopatológico con análisis inmunohistoquímicos que incluyeron: cromogranina, sinaptofisina e índice de proliferación Ki-67.

RESULTADOS

Nuestra serie consta de 13 pacientes, 6 varones y 7 mujeres, con una edad media de 59 años y 2 meses (límites: 42-82 años). La clínica predominante fue dispepsia, de uno a quince años de evolución (9 pacientes). Se observó anemia y/o melenas en 2, disfagia en 1, y síndrome carcinoide con astenia y adelgazamiento en otro. Tres tenían antecedentes de hipotiroidismo, adenoma suprarrenal y bocio multinodular, respectivamente. El hallazgo analítico más relevante fue anemia perniciosa en 4 casos (31%). Como pruebas diagnósticas, se utilizaron la gastroscopia en 13 enfermos y la ecoendoscopia (sonda lineal de 7,5mHz y minisondas radiales de 12 y 20mHz) en 9. En 12, el carcinoide asentaba sobre una gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal sin H. pylori. La gastroscopia objetivó que 9 eran múltiples (5 menores de 1cm y 4 con uno, al menos, entre 1-2cm) y 4 únicos (3 inferiores a 1cm y otro, de 7cm que correspondía al caso de un paciente con carcinoide esporádico que tenía metástasis hepáticas y peritoneales), todos localizados en fundus y/ o cuerpo. Tres presentaban ulceraciones. Por ecoendoscopia se comprobó que las lesiones eran hipoecogénicas y estaban en la mucosa y submucosa gástricas.

En 11 pacientes se hizo mucosectomía con bandas elásticas o asa de polipectomía. De éstos, en 2 se realizó además resección mucosa mediante cabezal por la aparición de nuevas lesiones en el seguimiento. En 4, se practicó resección gástrica por el número y tamaño de los carcinoides o sospecha de afectación loco-regional. No se observó invasión de estructuras vecinas en la laparotomía. El tiempo medio de seguimiento varió de 1 a 10 años. Se encontraron otros carcinoides durante el seguimiento endoscópico de dos pacientes, a los 16 y 66 meses respectivamente.

CONCLUSIONES

En esta serie, existe un predominio de los carcinoides gástricos tipo I. La dispepsia y la anemia perniciosa fueron los síntomas predominantes. La mucosectomía endoscópica por diferentes técnicas se hizo en la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico o durante su evolución. Sólo hubo un carcinoide del tipo III con metástasis generalizadas.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Quimioembolización como tratamiento del carcinoma hepatocelular. Estudio de 22 pacientes consecutivos.

P.Ramírez de la Piscina, S.Estrada, R.Calderón, I.Duca, M.Salvador, C.Enciso, A.Marcaide, A.Azpiazu, K. Urtado y F.García-Campos.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma (CHC) es el quinto cáncer más frecuente a nivel mundial y su incidencia está en aumento.

Se caracteriza por ser un tumor agresivo, que se desarrolla principalmente en pacientes con hepatopatía crónica y/o cirrosis.El tratamiento de elección en pacientes con una aceptable función hepática, es la resección quirúrgica, mientras que en aquéllos con cirrosis, pero sin extensión tumoral, el trasplante hepático es la opción más adecuada.

El limitado número de donantes, junto con el diagnóstico del CHC en estadio intermedio-avanzado condiciona la posibilidad de aplicar tratamientos curativos, lo que ha llevado a la búsqueda de nuevas terapéuticas, paliativas, entre las que se encuentra la quimioembolización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de 22 pacientes consecutivos que fueron diagnosticados de CHC en estadios intermedio-avanzados mediante al menos dos pruebas de imagen y clasificados según el esquema BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) a los que se les ha realizado una o varias quimioembolizaciones (QE) entre Enero de 2007 y Septiembre de 2009. Se realizó un seguimiento de entre 5-32 meses de los 22 casos presentados. 14 fueron varones y 8 mujeres, con edades comprendidas entre 57 y 92 años –media 71-. El 72 % presentaba un grado A de Child-Pugh y el 27% un grado B. 13 de los pacientes (59%) presentaron una LOE (lesión ocupante de espacio), el 9% 2 LOES y el 31% presentaba un CHC multicéntrico. El tamaño medio de las LOES fue de 3.5 cm. y el valor de aFP (alfa-fetoproteína) fue negativo en 6 de los pacientes y en el resto el valor de la aFP no tuvo correlación con la progresión/recidiva de la enfermedad. En un 40% de los pacientes se demostró el VHC (virus hepatitis C) como responsable del CHC, en otro 40% el alcohol y el 20% restante idiopática.

RESULTADOS

En el seguimiento de nuestros pacientes, se detectaron efectos secundarios derivados del tratamiento en un 77%, siendo el síndrome postquimioembolización el más frecuente.

En 11 pacientes (50%) del global se produjo recurrencia tumoral, llevándose a cabo una nueva quimioembolización en 7 de los pacientes.

La supervivencia media en nuestro estudio ha sido del 100% a los 17 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

En la mayor parte de los pacientes con CHC no es posible realizar tratamiento potencialmente curativo. En el caso del CHC multifocal sin invasión vascular ni extrahepática y con función hepática conservada, el único tratamiento eficaz es la quimioembolización, que se asocia a una supervivencia mediana de 20 meses. Con este tratamiento, a pesar de objetivarse una respuesta inicial, el tumor suele revascularizarse y se produce progresión tumoral.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Respuesta al tratamiento con Beclometasona dipropionato en la práctica clínica en pacientes con colitis leve-moderada.

I. Duca, S. Estrada, P. Ramírez de la Piscina, R. Calderón, S. Zabaleta, E. Delgado, R. Bengoa, J. Barbarín, C. Enciso y F. García-Campos.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN

La Beclometasona dipropionato (BDP) oral es un fármaco que se emplea en el tratamiento de brotes leves-moderados de Colitis ulcerosa (CU). Su liberación local evita los efectos secundarios de los esteroides sistémicos.

Exponemos nuestra experiencia en once pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido los resultados obtenidos en once pacientes con CU leve-moderada: siete eran mujeres. El rango de edad era de entre 23 y 55 años, con una edad media de 44 años y un tiempo de evolución de su enfermedad de entre 12 y 240 meses. Los resultados se describen en la figura 1. La extensión de la enfermedad era izquierda en nueve de ellos, pancolitis en dos y rectitis en otro.

Para la valoración de la gravedad clinica de los pacientes se ha utilizado el Indice de la Clinica Mayo (clínico y endoscópico), según el cual seis de ellos estaban en brote leve y cinco en brote moderado. Se han cuantificado la PCR y HB pre-tratamiento.

Ocho de los pacientes se encontraban en tratamiento previo con 5-ASA oral (de éstos: tres estaban en tratamiento con Azatioprina y uno con Adalimumab), uno con Metotrexato y otro con Prednisona oral. Todos los pacientes han recibido 5 mg/dia de BDP, excepto uno de ellos, que requirió el doble de dosis. La duración del tratamiento ha sido de 4 semanas, salvo dos casos que suspendieron antes el tratamiento (por falta de repuesta). Dos pacientes siguen en tratamiento y están pendientes de ver evolución.

RESULTADOS

Se observó remisión en cuatro de los casos, respuesta en dos de ellos, dos pacientes empeoraron y otro se mantuvo sin cambios. Dos siguen en tratamiento, pendiente de ver respuesta. No se han objetivado efectos adversos en ninguno de los pacientes.

Tras el tratamiento con BDP, dos precisaron ingreso hospitalario, uno de ellos requirió esteroides y otro Infliximab.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia con la BDP hemos objetivado una respuesta eficaz y rápida. Es un fármaco seguro y cómodo. Por todo ello, en la práctica clínica podría estar indicado en pacientes que sufren un brote leve-moderado de CU, aunque en su evolución se hayan presentado de forma grave e independientemente de que hayan sido tratados con Corticoides, Azatioprina o con biológicos.

Se ha obtenido buena respuesta en el 64% de los casos, siendo los resultados semejantes a los descritos en los estudios previos realizados por Campieri et al. Dada la escasez de la muestra, convendría realizar estudios multicéntricos posteriores para validar estos resultados.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Análisis clínico-patológico de neoplasia papilar mucinosa intraductal (NPMI)

Zozaya G., Bueno .A, Pedano N., Arredondo J., Bellver M., Pardo F., Cienfuegos J.A.
Departamento de Cirugía General y Digestiva. Clínica Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia papilar mucinosa intraductal (NPMI) es un tumor quístico mucinoso del páncreas que ha sido motivo de atención en la última década por expresar diversas categorías en su evolución al carcinoma ductal invasivo (CI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias de doce pacientes diagnosticados de NPMI y tratados quirúrgicamente.

RESULTADOS

La incidencia fue similar a ambos sexos, con una edad media de 62,5 años (rango 33-74). Cuatro pacientes presentaron ictericia, fiebre, dos episodios de pancreatitis y síndrome constitucional. La prueba diagnóstica más utilizada fue el CT-abdominal y US-endoscópica con punción-aspiración, con una sensibilidad del 75%. Siete neoplasias se localizaron en la cabeza, dos presentaban afectación difusa y en tres pacientes en cuerpo-cola de páncreas, proceso uncinado y páncreas central. Se realizaron cinco duodenopancreatectomías, tres pancreatectomís totales, dos pancreatectomías parciales y una pancreatectomía distal. En cinco casos la histología describió NPMI de tipo mixto, en dos la afectación de conducto principal y en cinco afectaba a ramas accesorias. Se describió displasia leve en el margen de resección pancreático en tres casos.

Dos paciente presentaban un carcinoma invasivo, dos displasia de alto grado (carcinoma "in situ") y en tres pacientes se objetivó neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN). Con un rango de seguimiento entre nueve años y dos meses, un paciente falleció –sin signos de invasión- a los cinco años y medio, de un adenocarcinoma de páncreas. El resto de los enfermos está libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

Las NPMI de tipo ductal y mixto deben ser resecadas por tratarse de un estadio en evolución al cáncer de páncreas. La NPMI tipo rama accesorio, menor de 3 cm y con CA-19.9 normal puede evaluarse con CT y/o USE.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

PAAF PANCREÁTICA. IMPORTANCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL ECOENDOSCOPISTA Y DEL PATÓLOGO.

Drs. J.F. Juanmartiñena, M. Álvarez, L. Eraña, M. Ogueta, S. Castaño,J. de Diego.
Aparato Digestivo,Hospital Santiago Apóstol.Vitoria.
Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.
Servicio Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol.

INTRODUCCIÓN

La llegada de la ultrasonografía endoscópica y, la posibilidad de realizar PAAF guiada del páncreas ha llevado no sólo al endoscopista a formarse en esta nueva técnica. También el patólogo se ha visto influido por esta nueva corriente clínica, al tener que evaluar a partir de una pequeña muestra (PAAF) , una lesión. pancreática, mediastínica

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen en el estudio todos los pacientes sometidos a USE-PAAF del páncreas, entre enero de 2008 y Junio de 2009. Todas ellas se realizaron bajo sedación profunda. Se excluyeron del estudio aquellas PAAF realizadas en ausencia de patólogo. Las PAAF fueron guiadas por un ecoendoscopio lineal, empleándose las agujas de punción convencionales, y sus distintos calibres. Se realizó un seguimiento prospectivo del número de pases que se realizaba en cada exploración hasta obtener un resultado histológico, comparándolos con los resultados de la pieza quirúrgica o, en su defecto, la evolución clínica analítica.

RESULTADOS

Procedimiento: 61 PAAF en presencia de patólogo.

Sexo:29 varones y 19 mujeres.

Agujas empleadas: 9 de 19G, 22 de 31 G, 5 de 25 G y, en 8 casos se emplearon varias de ellas.

Motivo de indicación: Masa sólidas 26; Masas quísticas 22.

CONCLUSIONES

En el primer año realizamos 30 PAAF en 23 pacientes, obteniendo un resultado positivo en 20 de ellos (66.6%). En el segundo año realizamos 32 PAAF en 28 pacientes, obteniendo resultado positivo en 27 de ellos (84.3%).

Con estos resultados demostramos la necesidad de una curva de aprendizaje. Esta curva aumenta conforme aumenta la experiencia del endoscopista en la obtención de buen material y, del patólogo a la hora de la interpretación de la muesta.

XXXII reunión vasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Enfermedad de Whipple: presentación de 9 casos diagnosticados en un hospital de tercer nivel.

A. Gómez[1], A. Aguirre[1], A. Cosme[1], E. Ojeda[2], AI. Muñagorri[1], E. Gaminde[2], L. Bujanda[1], M. Larzabal[3], LF. Alzate[1], I. Gil[1].
Servicio de Digestivo (1), Medicina Interna (2) y Anatomía patológica (3). Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Whipple (EW) es una entidad poco frecuente, sistémica, de etiología bacteriana y con un polimorfismo variable en su presentación clínica. El objetivo de esta comunicación ha sido analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes con EW atendidos en un hospital de tercer nivel durante 24 años.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se han revisado los casos diagnosticados desde julio de 1981 hasta julio de 2004. El diagnóstico se hizo mediante estudio histológico (presencia de acúmulos PAS + en macrófagos) y/o detección del microorganismo T. whipplei por PCR en tejido afectado o en sangre periférica.

RESULTADOS:

Se estudiaron 9 pacientes (todos varones) con una edad media de 53 años y 4 meses (límites: 29-79). La mayoría de ellos (7 casos) tuvo artralgias poliarticulares, durante 1 a 20 años y diarrea crónica (6), durante 1 a 48 meses, antes del diagnóstico definitivo. En el momento del diagnóstico los síntomas y signos más frecuentes fueron: pérdida de peso (8 pacientes), hipertermia (6), diarrea (6), manifestaciones pleuropulmonares (5), clínica neurológica (4), dolor abdominal (4) y adenopatías periféricas (3). En las pruebas de laboratorio destacaron: VSG elevada (7), síndrome de malabsorción (5) y anemia ferropénica (4). La TAC abdominal y/o toracoabdominal se realizó en 8 casos (6 demostraron adenopatías torácicas y/o abdominales). El diagnóstico se realizó por estudio anatomopatológico del duodeno en 5 pacientes (1 también por PCR en adenopatía cervical), del yeyuno en 1, del ileon en 1, que posteriormente se corroboró por histología y PCR del duodeno, y en 2 por estudio del tejido linfoide (amígdala y/o adenopatías) junto a PCR (sangre y/o ganglios abdominales). Se prescribió tratamiento con cotrimoxazol en 7 casos (durante 1-3 años). En tres se hizo biopsia duodenal al año de tratamiento (dos tenían macrófagos PAS +). Dos pacientes fallecieron, uno por pleuropericarditis fibrinosa durante su ingreso y otro, a los 42 meses, por una tumoración glial, de alto grado, temporal posterior derecha. Después de un periodo de seguimiento medio de 247 meses (extremos: 337-65) no ha habido recurrencia de los síntomas en 7 pacientes.

CONCLUSIÓN:

En esta serie, la sintomatología articular fue la forma de presentación más temprana en la EW.

Los síndromes diarreico y constitucional, que posteriormente se observa en la mayoría de los pacientes y la presencia de adenopatías junto a otras manifestaciones extraintestinales obligan a descartar este proceso.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Eficacia de Adalimumab en pacientes con Colitis Ulcerosa.

Merino Ochoa, O.; Maroto Maroto, M.; Ituarte Arizaga, J.
Servicio Aparato Digestivo. Hospital de Cruces.

INTRODUCCIÓN

El infliximab (IFX) 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 IFX puede producir reacciones infusionales, pérdida de eficacia y reacciones de hipersensibilidad tardía en algunos pacientes. El Adalimumab (ADA) 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 IFX se encuentra en estudio y discusión. Nuestro objetivo es presentar la experiencia en nuestro centro de pacientes con CU tratados con ADA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio abierto, retrospectivo, observacional. Se han incluido todos los pacientes con CU tratados con ADA desde marzo 2007 hasta septiembre del 2009. Todos los pacientes habían recibido previamente IFX y la indicación para pautar ADA fue en ocho pacientes pérdida de respuesta a IFX y en dos de ellos por reacción de hipersensibilidad tardía a IFX . En todos ellos se solicitó permiso para pautar dicho fármaco mediante uso compasivo. La pauta de administración de ADA fue de 160, 80 y 40 mg a la semana 0, 2 y 4 respectivamente; en aquellos pacientes que respondieron a la pauta de inducción pasaron a tratamiento de mantenimiento con 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 Indice de Truelove modificado.

RESULTADOS

Hasta la fecha han sido incluidos 11 pacientes (3 mujeres/8 hombres); con una edad media de 38 años. De éstos el 72,72% (8) presentaban una CU extensa y el 27% (3) una CU izquierda. Hasta el momento actual de los 11 pacientes analizados todos excepto uno han presentado respuesta clínica a la pauta de inducción en la semana 4. El paciente no respondedor precisó cirugía. Con un seguimiento medio de 66 meses, 27% (3) de los pacientes han precisado reajuste de la dosis de ADA, estando con 40 mg/semanal. Ninguno de los pacientes ha presentado efectos adversos graves y unicamente han presentado dos pacientes reacciones cutaneas en el punto de infusión.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que Adalimumab puede ser una terapia eficáz para la inducción y el mantenimieno de la remisión en pacientes con CU moderada con intolerancia o pérdida de respuesta a Infliximab. Además este tratamiento fue bien tolerado. Se precisan, no obstante, estudios controlados para confirmar esta observación.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Resultados y complicaciones de la radiofrecuencia en el tratamiento del carcinoma hepatocelular. Estudio de 10 pacientes consecutivos.

P. Ramírez de la Piscina, S. Estrada, R.Calderón, S. Zabaleta, E. Delgado, R. Bengoa, J.M. Barbarín, A.Azpiazu, K. Urtado y F.García-Campos
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular (CHC) es una neoplasia con una incidencia creciente, que oscila entre 5-15casos/100000 habitantes en Occidente, representando el quinto cáncer en frecuencia a nivel mundial y la principal causa de muerte en pacientes con cirrosis hepática.

El diagnóstico precoz del CHC es fundamental para realizar un tratamiento curativo y para aumentar la expectativa de vida. La supervivencia media descrita en la literatura, se encuentra cercana a los 6 meses, pero viene condicionada por el estadio tumoral, el grado de deterioro de la función hepática y del tratamiento recibido. Aproximadamente el 30% de los pacientes con CHC se pueden beneficiar de tratamientos con intención radical. La radiofrecuencia (RF) es la mejor opción terapéutica en pacientes con CHC que no son candidatos a resección quirúrgica o trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de 10 pacientes consecutivos, que fueron diagnosticados de CHC mediante al menos dos pruebas de imagen dinámicas (ecografía abdominal y resonancia magnética y/o scanner) y clasificados según el esquema BCLC (*Barcelona Clinic Liver Cáncer)* a los que se les realizó RF entre Febrero de 2006 y Abril del 2009.

De los 10 casos presentados, 7 fueron varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 52 y 80 años (media 68 años) y todos ellos con grado A de Child-Pugh. El seguimiento ha sido de 3-36meses. El tamaño de las LOES (lesiones ocupantes de espacio) osciló entre 1-3cm y el valor de aFP (alfa-fetoproteína) en todos los casos fue negativa, excepto en un varón de 66 años que falleció a los 14 meses del diagnóstico debido a progresión tumoral. El VHC (virus hepatitis C) se demostró en la mitad en los casos y en el otro 50% fue el alcohol el responsable del desarrollo del CHC.

RESULTADOS

En el seguimiento de nuestros pacientes con CHC, ninguno presentó complicaciones mayores (hemorragia, colecistitis, trombosis portal y diseminación tumoral) y en dos de ellos se describieron complicaciones menores como fiebre y dolor abdominal. Evaluando la respuesta completa mantenida, se observó una recidiva local en un 30% de los pacientes, similar al descrito en la literatura (40%). La supervivencia durante el seguimiento fue del 80%. Dos pacientes fallecieron por progresión tumoral.

Estadio BCLC	% pacientes en cada estadio	12 meses	24 meses	36 meses
A1	40%	100%	100%	100%
A2	10%	100%	0%	0%
A3	50%	100%	80%	80%

Tabla 1. Tasas actuariales de supervivencia de pacientes con CHC clasificados según BCLC.

CONCLUSIONES

La RF es la mejor opción terapéutica en pacientes con CHC, que no son candidatos a resección quirúrgica o trasplante hepático.

En nuestra serie la RF permitió un adecuado control local tumoral, con pocas complicaciones y con tasas de supervivencia aceptables (80%), que se correlacionan estrechamente con la clasificación BCLC.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

HEPATITIS AUTOINMUNE EN EL BAJO DEBA.

Agustín Castiella (1), Eva Zapata (1), Javier Fernández (2), Pedro Otazua (3), Leire Zubiaurre (1), José Alberto Arriola (4), Eduardo Elósegui (4), Eduardo Utrilla (5).
(1) Digestivo Hospital Mendaro; (2) Digestivo Hospital Zumárraga, (3) Digestivo Hospital Mondragón, (4) Digestivo Hospital Donostia, (5) Centro Salud Zarauz

INTRODUCCIÓN:

La hepatitis autoinmune es una enfermedad hepática de origen desconocido y constituye una importante causa de la misma. Su incidencia es del 0.1 al 1.9/ 100,000/ año en Europa y Norte América.

OBJETIVO:

Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, y de respuesta al tratamiento de los pacientes con HAI diagnosticados en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Periodo Julio 1994-Junio 2009. Bajo Deba, Gipuzkoa, 70.000 habitantes.

RESULTADOS:

17 pacientes (3 hombres); prevalencia 24/100.000 habs. ; incidencia 1.13/100.000 habs./año. Edad media: 49.64 (rango 15-74). La forma de presentación fue de hepatitis aguda en 7 casos, en 9 como hipertransaminasemia asintomática- paucisintomática, y en un caso debutó en el embarazo. Todos los pacientes fueron diagnosticados de HAI tipo1. Se observaron enfermedades autoinmunes asociadas en 9/17 (colitis ulcerosa, celiaquia, tiroiditis hashimoto, uveitis, pti, CREST, dermatitis linfocitaria), siendo los trastornos tiroideos los más frecuentes (6/9). En 3 (17.64%) de los casos existió un fármaco como causa de inicio de la enfermedad (minociclina, fluvastatina, infliximab).

En la analítica, el pico de ALT fue 632 (rango 115-1460), AST 520 (85-1059), GGTP 312 (24-1035), FA 306 (66-966), Bilirrubina 2.58 (0.35-14.4).Se dispuso de determinación de gamma-globulina en 16 pacientes (elevada en 9) e inmunoglobulina G en 13 pacientes (elevada en 7).

Los ANAs fueron positivos en todos los pacientes y los AML en siete. Se llevó a cabo estudio HLA-DR en 9/17, siendo DR3 siete pacientes, DR 4 uno y DR 14, 15 uno.

El estudio histológico se pudo llevar a cabo en 16/17 con presencia de cirrosis en 2 pacientes y de precirrosis en seis.

El HAI index fue 18 de media post tratamiento (14-25). Los criterios simplificados se revelaron útiles con una buena concordancia. El tratamiento habitual consiguió la normalización en 13 pacientes, requiriendo ácido ursodesoxicólico en 4 casos.

Se objetivaron efectos secundarios en 3 casos (psicosis, sepsis por Sth, neumonia bilobar).

CONCLUSIONES:

En nuestro medio, la HAI fue más frecuente en mujeres y todas fueron tipo 1.La respuesta al tratamiento fue buena, pero se requirió tratamiento de mantenimiento a largo plazo. La asociación con otras enfermedades autoinmunes fue muy frecuente en nuestra serie. Los fármacos pueden desencadenar esta patología, fundamentalmente en personas predispuestas genéticamente.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Estudio de la Fistula Enterocutánea en la Enfermedad de Crohn

C. Muñoz; L. Hijona ; M. Bravo; S. Basterra; A. Merino; J. Ortiz de Zárate; F.Obregón y P. SanSalvador.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Basurto. Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Aunque la Enfermedad Perianal es la manifestación más frecuente en la Enfermedad de Crohn Fistulizante, la Fístula Entero-Cutánea representa una situación grave,de difícil manejo y sobre la que tenemos escasas referencias. Nuestro objetivo es estudiar sus características y tratamiento en nuestro pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y Fistula Entero-Cutánea (F/E-C) entre1999-2009. Revisamos las historias clínicas de estos pacientes , estudiando las caracteristicas de la enfermedad y los datos relacionados con la presentación y tratamiento de la F/E-C.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados, 11 tuvieron EC y F/E-C. Predominaron los varones (7/11), con una edad media de 42 años (72-26) y con una duración media de la enfermedad de >7 años. La localización predominante fue la Ileal (4) o Ileocólica (6). En todos los casos la actividad fué >150. La enfermedad Perianal estuvo presente en 3 pacientes y 4 presentaron Manifestaciones Extraintestinales asociadas.

El origen de la F/E-C, estuvo en relación con Drenaje de un abceso en la mayoría de los casos(9/11). En un paciente se presentó

Como Debut y en otro como Recurrencia de la enfermedad. En 7 pacientes había antecedentes quirúrgicos. La fístula fue única en 10/11 Casos y se localizó en hemiabdomen derecho (5/11) , Línea Media Infraumbilical (5/11) y Región Lumbar (1).

El tratamiento fué Quirúrgico en 8 pacientes y 5 se trataron con Anti-TNF, obteniendo respuesta Completa en 2 de ellos.

CONCLUSIONES

1.-La Fistula Entero-Cutánea es una manifestación infrecuente que puede aparecer en el curso de la Enfermedad de Crohn de localización Ileal o Ileo-cólica , generalmente activa.

2.-Suele ser única ,se localiza a nivel de hemiabdomen derecho o línea media infraumbilical y la mayoría de las veces se presenta en relación con el drenaje de un abceso.

3.-Aunque el tratamiento generalmente es Quirúgico, hoy día, debe valorase el tratamiento previo con Anti-TNF.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON TROMBOSIS PORTAL AGUDA DE ETIOLOGÍA NO TUMORAL.

P. Ruiz, S. Blanco, F. Menéndez, A. Calderón, A.B. Díaz, J.Ortiz de Zárate, M.Bravo, L. Hijona, A.Merino, S.Basterra, O. de Eguia, Iñigo Garcia, J.I.Varela, V.Orive.
Aparato Digestivo. Hospital de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La trombosis portal aguda de causa no tumoral en pacientes cirróticos es una complicación frecuente que afecta entre el 8-25% de pacientes en lista de espera para trasplante hepático. Puede agravar la situación clínica del paciente al poder provocar hemorragia digestiva, ascitis, encefalopatía e incluso impedir el trasplante hepático. Si la trombosis llega a afectar a la vena mesentérica superior puede producir infarto intestinal.

Sin embargo la utilidad del tratamiento con anticoagulación en pacientes cirróticos con trombosis portal aguda de causa no tumoral no está ni mucho menos aceptado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde octubre del 2008 se pautó tratamiento anticoagulante a 6 pacientes cirróticos con trombosis portal aguda de causa no tumoral, 4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 59.5 años (44-69). Las etiologías de la hepatopatía fueron alcohólica en 2 pacientes, desconocida en otros 2, déficit de A1AT en 1 paciente y coinfección VIH-VHC-VHB en otro paciente.

RESULTADOS

En tres pacientes (50%) desapareció la trombosis de forma completa tras una media de 6 meses de tratamiento. Dos pacientes presentaron hemorragia digestiva variceal bien controlada con tratamiento convencional, pero que obligó a suspender el tratamiento anticoagulante. La sexta paciente se trató durante un año con anticoagulación sin conseguir eliminar el trombo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con anticoagulación en pacientes cirróticos con trombosis portal aguda de causa no tumoral debe ser tenido en cuenta, ya que puede conseguir la desaparición del trombo y de las potenciales complicaciones que éste conlleva en estos pacientes. En nuestra experiencia esto ocurre en la mitad de los pacientes, concordando con las series publicadas.

Previamente debe descartarse la etiología tumoral con una prueba de imagen fiable y minimizar el riesgo de hemorragia digestiva variceal mediante la realización de una gastroscopia y pautando el tratamiento profiláctico adecuado.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Incidencia y características del hepatocarcinoma en Gipuzkoa

A. Iribarren, J. Arenas, L. Martín, M. Martos , A. Gómez, N. Muro, A. Aguirre, A. de Juan, M. Zarate, M. García Bengoetxea, J.I. Arenas, J.A. Arriola
Hospital Donosita. San Sebastián. Guipúzcoa.

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma es la principal causa de muerte en cirróticos. Los estudios epidemiológicos sobre el hepatocarcinoma en nuestro territorio son escasos y antiguos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el contexto de un estudio de registro a nivel nacional hemos recogido todos los casos incidentales de hepatocarcinoma registrados en el Hospital Donosita , centro de referencia para dicha patología en Gipuzkoa. Desde el 1 de octubre del 2008 al 31 de enero del 2009 se han registrado las características demográficas, clínicas y tumorales y la primera opción de tratamiento de los hepatocarcinomas diagnosticados en ese tiempo.

RESULTADOS

Durante los 4 meses de registro se diagnosticaron 17 nuevos casos lo que equivale a una incidencia anual estimada de 8 casos por 100000 habitantes por año. 88% eran hombres con una edad media de 67 años, 94% cirróticos. Sólo 8 (47%) pacientes fueron diagnosticados por screening , 6 (35%) fueron diagnosticados por presentar clínica y 3 como hallazgos casuales. De los 8 pacientes diagnosticados por screening, 6 fueron diagnosticados en estadio BCLC 0-A, 1 paciente en estadio B y otro en estadio C. De los 6 pacientes diagnosticados con síntomas, sólo 1 de ellos era susceptible de algún tipo de tratamiento (BCLC A).

Solo 4 (23,5%) pacientes del total han recibido tratamiento con intención curativa (resección y/o trasplante), 8(47%) pacientes se han quimioembolizado, 1 (6%) paciente recibió tratamiento con Sorafenib y 7 (41%) pacientes únicamente tratamiento paliativo.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los hepatocarcinomas en Gipuzkoa se diagnostican fuera de los programas de screening, en estadios más avanzados de enfermedad por lo que el tratamiento con intención curativa es limitado.

XXXII reuniónvasco-navarra de Patología Digestiva
Colegio de Médicos de Navarra. Pamplona
13 y 14 de Noviembre de 2009

Hidatidosis Esplénica: 5 Casos de esta Rara Localización.

M. Prieto, T. Marquina, P. Mifsut, T. Moreno, A. Lamiquiz, J. M. García, J. Ortiz de Urbina, A. Valdivieso, J. del Hoyo, J. Díaz Aguirregoitia, A. Colina.
Servicio de Cirugía general y del aparto digestivo. Hospital de Cruces Vizcaya.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis se trata de una zoonosis causada por la larva del Echinococcus (E. granulosus o multilocularis). Su afección esplénica es una rara entidad, 0,5%-6% de las afecciones abdominales, siendo la tercera localización en frecuencia tras la hepática y pulmonar. Suele tratarse de un hallazgo casual siendo por ello de gran tamaño a su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos clínicos retrospectiva de hidatidosis esplénica acontecidos en el hospital de Cruces (Vizcaya) de enero de 1985 a Octubre de 2009. Los objetivos de nuestro estudio son conocer la casuística de dicha patología en nuestro centro, sus características demográficas así como su manejo diagnóstico-terapéutico.

RESULTADOS

5 pacientes fueron diagnosticados y tratados como hidatidosis esplénica en nuestro centro. La edad media fue de 49,6 años (31-79). El 60% fueron hombres. En todos los casos salvo en uno, que se presentó como abdomen agudo y shock anafiláctico, se trató de un hallazgo casual. En uno de ellos su presentación fue una recidiva de quiste hidatídico hepático ya tratado. La serología fue positiva en un solo caso. La T.C. fue la prueba de elección en el 80% de nuestra serie. En dos casos se dio una presentación sincrónica, hepática y mesentérica. La técnica de elección para tratamiento de la afección esplénica fue la esplenectomía con campos protectores de suero hipertónico en todos los casos. El 60% presentó morbilidad. No se evidenció mortalidad perioperatoria. En un solo caso se apreció recidiva de la enfermedad, tras 7 años.

CONCLUSIONES

Algunos autores preconizan el tratamiento quirúrgico conservador de la hidatidosis esplénica, sin embargo, la esplenectomía es en sujetos adultos la técnica de elección dada la adecuada tasas de curación y escasa mortalidad.