

LIBRO DE COMUNICACIONES

XXVI JORNADAS DE LA SOCIEDAD CANARIA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

**Hotel Playa La Arena
Santiago del Teide
2 y 3 de diciembre de 2005**

Impacto de la investigación básica en el futuro de la práctica clínica hepatológica.

Jesús Prieto

*Clínica Universitaria y Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA)
Universidad de Navarra*

La pandemia de la hepatitis C, la diseminación del VHB en amplias regiones geográficas, el abuso del alcohol en muchas partes del mundo, el alto consumo de fármacos, los hábitos nutricionales y la obesidad en Occidente están causando un marcado incremento en la prevalencia de las enfermedades hepáticas.

Durante las últimas dos décadas se ha producido un notable progreso en los conocimientos básicos de biología celular y molecular que no fue acompañado por un enriquecimiento en los recursos terapéuticos en hepatología. Por ello la situación presente es la de un abultado enriquecimiento de los depósitos de ciencia básica mientras hay penuria en las arcas de las aplicaciones terapéuticas. De hecho, tras el trascendental avance que supuso el trasplante hepático ningún otro tratamiento nuevo ha tenido una importante repercusión en la clínica hepatológica en los últimos años con la excepción del interferón y la ribavirina para la hepatitis C y diversos nuevos antivirales para la hepatitis B.

Así pues en la actualidad el tratamiento de la cirrosis está limitado al manejo de sus complicaciones (ascitis, HDA, encefalopatía, etc.) y al trasplante hepático para la enfermedad avanzada. En pacientes cirróticos no existen terapias que influyan directamente sobre la progresión de la cirrosis ni que permitan un mejoramiento de la función hepatocelular si se exceptúa el tratamiento antiviral en los pocos respondedores a esta medicación, la abstención del alcohol en la cirrosis alcohólica, y el UDCA en la cirrosis biliar primaria. Asimismo tampoco poseemos métodos terapéuticos que corrijan el defecto genético en las enfermedades de base hereditaria y no existen fármacos efectivos que protejan al hepatocito frente a la muerte celular (en hepatopatías agudas) o que actúen controlando directamente el proceso fibrogénico (en el daño hepático crónico). Otra limitación de la hepatología del presente es que la base etiopatogénica de muchas enfermedades hepáticas es desconocida como es el caso de la hepatitis autoinmune, la cirrosis biliar primaria o la colangitis esclerosante lo que impide hacer tratamientos focalizados en la causa de estos procesos. Por otra parte es limitada nuestra comprensión de los mecanismos de cronificación del VHB y VHC y de como esos virus escapan a la respuesta inmune y al sistema del interferón. En relación al cáncer hepático carecemos de sistemas sensibles para la detección precoz del hepatocarcinoma (HCC) y no disponemos de tratamientos que reduzcan eficientemente el riesgo carcinogénico en la cirrosis ni poseemos terapia eficaz para el HCC multifocal.

El aumento de la prevalencia de las enfermedades hepáticas junto con la falta de recursos terapéuticos eficaces para muchos procesos esta provocando una acentuada desproporción entre la demanda de trasplante hepático y la oferta de donantes. Tal situación origina

encarecimiento de la asistencia médica y aumento de la mortalidad por enfermedad hepática. El problema solo hallará solución a través de una intensa investigación básica orientada a un mejor conocimiento de los mecanismos de la enfermedad hepática y a buscar soluciones terapéuticas para los grandes retos de la clínica. Para ello es necesario fomentar Institutos de Investigación integrados por equipos multidisciplinares en donde se asocien investigadores básicos y médicos asistenciales comprometidos con la investigación translacional.

Son objetivos prioritarios de la investigación hepatológica aplicada:

- 1) El desarrollo de sistemas terapéuticos para la hepatitis C y B que permitan a) vencer la resistencia al interferón y el escape a la inmunidad, b) bloquear la replicación viral
- 2) Combatir el HCC: a) a través del descubrimiento de nuevos marcadores que sirvan para el diagnóstico precoz del cáncer, b) y lograr un mejor conocimiento de la biología del tumor con el fin de identificar nuevas dianas terapéuticas
- 3) Desarrollar nuevos tratamientos hepatoprotectores para a) defender al hepatocito frente a los procesos de apoptosis o necrosis celular en el daño hepático agudo, b) mejorar la función hepatocelular y disminuir la intensidad del proceso fibrogénico en la hepatopatías crónicas.
- 4) Poner a punto nuevos modos terapéuticos basados en la utilización de genes (terapia génica) o de células (terapia celular)

Los nuevos sistemas de cultivo in vitro del VHC y VHB están facilitando una mejor comprensión de la interacción entre proteínas virales y celulares lo que favorecerá el diseño de estrategias terapéuticas para vencer la resistencia de los virus al interferón y a la respuesta inmune. Por otro lado la identificación de nuevas citoquinas que estimulan la regeneración y defienden al hepatocito frente a la apoptosis y necrosis (como cardiotrofina-1 o anfiregulina) junto con la utilización en la cirrosis hepática de factores de crecimiento como IGF-I (que actúa mejorando la función hepatocelular y reduciendo la fibrogénesis) abren perspectivas prometedoras de aplicación terapéutica de nuevas sustancias hepatoprotectoras en un futuro próximo. Por otra parte la aplicación de la genómica y proteómica al estudio de la carcinogénesis hepática hace entrever la identificación de nuevos marcadores y dianas terapéuticas para un tratamiento biológico más eficaz del HCC. Asimismo los progresos en las técnicas y vectores de terapia génica y los avances en el conocimiento de las células progenitoras del hígado permitirá, en el futuro, el uso de estas poderosas herramientas en procesos hepatológicos de índole diversa.

En suma hay una gran necesidad de fundir la investigación hepatológica básica con la clínica formando amplios equipos multidisciplinares en donde los médicos dedicados a la asistencia colaboren estrechamente con los científicos básicos a fin de resolver los problemas clínicamente relevantes. Este es el camino para una medicina innovadora capaz de aportar soluciones nuevas para enfermedades hepáticas frente a las que hoy carecemos de recursos terapéuticos eficaces.

Cápsula Endoscópica en el año 2005

Dr. Joaquim Balanzo

La cápsula endoscópica es una técnica que presenta como gran novedad y por primera vez, la posibilidad de visualizar el tracto gastrointestinal sin necesidad de introducir un endoscopio.

Es una cápsula, del tamaño de una moneda de 1 euro, de forma redondeada y muy fácil de ingerir, de tal manera que en nuestra experiencia no hemos detectado problemas en personas jóvenes, ni tampoco en aquellas de edad avanzada.

La cápsula esta protegida por una funda de plástico biocompatible y esta compuesta por los siguientes elementos; una fuente de luz, una cámara de fotos de bajo consumo, una lente de 7 aumentos, un transmisor de radiofrecuencia , una antena y unas baterías de oxido de plata, que permiten una autonomía de 8-9 horas. Realiza fotografías de forma continua, a razón de 2 imágenes/segundo y es impulsada por el peristaltismo del tubo digestivo. La cápsula es desechable y será evacuada por el ano, no precisándose posteriormente de su recogida para uso medico.

Las imágenes trasmitidas por radiofrecuencia son recogidas por una unidad externa de recepción con grabación de las imágenes transmitidas por la cápsula, que se coloca en cinturón. Esta unidad de recepción consta de: recepción de imágenes realizado por unos sensores colocados en la pared abdominal (al igual que los sensores de un electrocardiograma) ,un aparato constituido por una Unidad de Disco Duro -tamaño Walkman-(al igual que un Holter), y una pilas que alimentan el disco duro .

Posteriormente la grabación de las imágenes del disco duro es volcada a un aparato informático, donde se revisan las imágenes

La preparación del paciente es muy simple, debiendo tan solo estar 10 horas de ayuno y no realizar una comida vegetariana la noche anterior a la prueba. El paciente acude a la consulta medica, a las 8-9 horas, firma el consentimiento informado, recibe las explicaciones pertinentes por el medico responsable , ingiere la cápsula, y al cabo de dos horas puede beber agua y a las 4-6 horas puede realizar una comida ligera. El paciente puede realizar una vida normal, y debe regresar a la consulta a las 8 horas de haber ingerido la cápsula, retirándose en este momento el aparato en cinturón que llevaba.

Las indicaciones de la cápsula endoscópica son la anemia de origen oscuro, la diarrea crónica de posible origen orgánico, especialmente la enfermedad inflamatoria intestinal, la intolerancia al gluten (sospecha de enfermedad celíaca), y la sospecha de pólipos o tumores no obstructivos.

Está contraindicado siempre que haya sospecha de obstrucción intestinal, por la posibilidad de que la cápsula se quedara detenida en su trayecto.

Esta prueba en la actualidad sirve para la exploración del intestino delgado, pero no es recomendable para visualizar el estomago, ni el colon. Posiblemente dentro de un tiempo también será útil para estas aplicaciones.

Dado que es un aparato de alta precisión y de un solo uso, en la actualidad es una prueba que tiene un coste elevado.

Es una prueba con gran futuro y posiblemente dentro de unos años será indicada para la exploración de todo el tracto gastrointestinal, que conjuntamente con los avances radiológicos, como la colonoscopia virtual, lograrán una mejor calidad de vida para el paciente en lo estudio del tubo digestivo, algo inimaginable hace tan solo unos años.

Enteroscopia De Doble Balón. Viabilidad De Las Unidades De Intestino Delgado.



Enrique Pérez-Cuadrado. Unidad de Intestino Delgado.
Sección de Aparato Digestivo. HGU Morales Meseguer. Murcia.

eperezcuadrado@meditex.es

Estado de la cuestión.

El intestino delgado (ID) es la nueva frontera de la endoscopia, accesible en su totalidad mediante cápsula endoscópica (CE) (1) como técnica diagnóstica no invasora de primera línea superior al tránsito intestinal (2), lo que ha generado una explosión de conocimiento de lesiones endoscópicas, algunas nuevas. Tras la visión endoscópica de la CE, en la mayor parte de los casos precisamos un diagnóstico anatomopatológico o una terapéutica endoscópica. La enteroscopia oral de pulsión (EOP) (3) (4) supuso un gran avance, pero con la limitación de no poder llegar a profundizar en íleon aún con sobretubo. La enteroscopia intraoperatoria (EIO) considerada clásicamente como patrón "oro" de ID, en estudios prospectivos con seguimiento ha mostrado una eficacia menor de la esperada, con recidivas en caso de hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) superiores al 40% (5). Recientemente, Yamamoto y cols. (6) han desarrollado un enteroscopio de fino calibre que se acopla a un sobretubo especial flexible, ambos con balón distal y presión monitorizada, que consigue mediante un mecanismo de avance (pulsión) y retirada (tracción), que el ID vaya telescopándose y se explore en su totalidad con canal suficiente para biopsia y terapéutica, superando así a la EOP.

Con esta enteroscopia de doble balón (EDB) por vía oral y/o anal podemos acceder a todo el ID con canal suficiente para cumplir estos dos objetivos.

Material y métodos.

Videoenteroscopio EN-450 (Fuginon. Japón) de 2000 mm de longitud con canal de biopsia de 2.2 mm y sobretubo TS-12140 (Fuginon. Japón) flexible de 1500 mm de longitud con canal de lavado interior (FIGURA 1), equipo de manometría PB-10 (Fuginon. Japón) con un sistema de seguridad para sobrepresión.

Videoprocadora de magnificación EVE 400 (Fuginon. Japón). Material accesorio variado desechable, especialmente diseñado para canal de 2.2 mm con conexión a fuente de argón y coagulación APC 300 / ICC 200 (Erbe. Alemania).

Técnica de la EDB:

Introducción oral por abre bocas y/o anal en decúbito lateral izquierdo (FIGURA 2) bajo sedación, avanzando sobretubo (ST) y endoscopio (E) con movimientos alternativos de pulsión y tracción,

ayudados por el inflado y desinflado secuencial de sus respectivos balones, lo que produce que el ID, vaya quedando plegado por fuera de ST y E.

a) EDB oral: introducción de E y ST con balones desinflados hasta yeyuno, hasta que no se pueda progresar más por pulsión. Tras inflado del balón de ST, podemos introducir E, y cuando no se pueda avanzar más, inflado del balón de E, desinflado del de ST e introducción de ST. Estas maniobras se repiten en ciclos hasta que no se pueda introducir más, inflándose entonces los dos balones (de E y ST) retirándose “en bloque “hasta encontrar resistencia a la tracción o bien sobrepresión manométricamente. Tras esa tracción simultánea, permanecemos en el mismo sitio del ID, rectificándose las asas y volviendo a los ciclos anteriores (7). Tras explorar el ID, se deja inflado a medio volumen-presión balón de E y ST para evitar la salida brusca durante la retirada, desinflándose totalmente antes de pasar píloro.

b) EDB anal: introducción de E y ST con balones desinflados pasando colon de forma similar a la V.O. hasta Bahuin, cuyo paso se facilita en decúbito prono, explorando ID igual que aquella.

Indicaciones de EDB.

1. Lesiones diagnosticadas mediante cápsula endoscópica (CE) en el contexto de una hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO), tales como angiodisplasias (fulguración con argón), pólipos (polipectomía), úlceras o tumores (biopsia para filiación), y estenosis (dilatación con eventual extracción de CE si no la pasó).
2. HDOO sin filiar mediante CE.
3. Sospecha clínica o de técnicas de imagen de enfermedad de Crohn.
4. Enfermedad celíaca con sospecha clínica de yeyunitis ulcerativa / linfoma.
5. Poliposis de Peutz Jeghers. Polipectomía por EDB para ahorrar laparotomías por invaginaciones intestinales en estos pacientes.
6. Poliposis adenomatosa familiar. Detección de pólipos en ID tras colectomía.
7. Tumores de ID.
8. Lesiones ulceradas.
7. Miscelánea. Whipple, acceso CPRE en hepático-yeyunostomía, etc.

Resultados.

En nuestra experiencia (en prensa), la eficacia terapéutica y diagnóstica elevada, hemos progresado hasta íleon en el 97,5 % de los casos por vía oral (1 estenosis yeyunal) y 82% por vía anal, con una duración media de 73 minutos. La lesión más frecuente fue la angiodisplasia (más del 40%). Se objetivaron úlceras en enfermedad de Waldestrom, divertículos y lesiones por AINE y se realizaron biopsias en la tercera parte de los casos (adenocarcinoma, linfangiectasias secundarias a tumor sobre celíaca, enfermedad de Whipple, etc.). Se trataron con argón hasta 20 lesiones sincrónicas y se extirparon pólipos en Peutz Jeghers (hasta 15, uno de ellos mayor de 3,5 cm. Se extrajo una CE retenida en una estenosis. La EDB viene a complementar a la CE, considerada hoy primera técnica para estudio de ID, mostrándose como una técnica sencilla y

eficaz para tratamiento de lesiones sangrantes y para obtener biopsias de zonas inaccesibles con el resto de técnicas.

Discusión.

El ID es hoy ya accesible en su totalidad para diagnóstico anatomopatológico y/o terapéutica endoscópica con EDB, que se muestra claramente superior a la EOP. Las enfermedades de ID están irrumpiendo en la patología digestiva como entidades de manejo especial mediante instrumentos muy eficaces pero costosos (CE y EDB), por lo que pueden ser necesarias Unidades de ID cuyo pilar fundamental sea una consulta monográfica que seleccione o descarte las indicaciones de aquéllas, con un correcto seguimiento. Por ejemplo, en la enfermedad celíaca, en la que inicialmente no están indicadas CE ni EDB, salvo sospecha clínica de linfoma u otro tumor; que debe estar basada en una anamnesis y exploraciones básicas minuciosas.

Una de las contraindicaciones de CE son las estenosis conocidas de ID: la EDB permite su filiación anatomopatológica. En un adenocarcinoma de yeyuno, se extrajo una CE que no pasó la estenosis. La enfermedad inflamatoria intestinal tiene varias vertientes de dificultad en ID.

La enfermedad de Crohn puede afectar sólo el ID incluso sólo al yeyuno, y la EOP tiene una utilidad limitada (8) y las colitis indeterminadas en las que se detectan lesiones en ID mediante CE precisan biopsiarse para descartar enfermedad de Crohn u otras posibilidades.

La CE y EDB se han mostrado en nuestro estudio como técnicas complementarias, dado que la relativa inocuidad y no invasividad de la CE (alrededor de 0,5 % de detenciones) la hacen de primera elección, seleccionando la EDB para los casos en que se requiera diagnóstico histológico o terapéutica endoscópica. También en casos sin diagnóstico claro mediante CE como sangrado en ID sin etiología clara, se debe valorar la realización de EDB para su filiación.

Creemos que la EIO que requiere laparotomía, irá dando paso a la EDB que vendrá a apoyar a la CE, técnica de primera línea para ID.

Resumen.

La EDB es una técnica útil y eficaz en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones del intestino delgado, complementando a la CE. Es una herramienta imprescindible en muchos casos tras el estudio no invasor del ID con CE y pensamos que puede estar llamada a ser el “patrón oro” diagnóstico y terapéutico en ID. Hacen falta más estudios para analizar el impacto esperado en el cambio del manejo de estos pacientes. La Unidad de Intestino Delgado dotada de consulta monográfica, EDB y CE optimiza el manejo de estos pacientes.

Bibliografía:

- (1) Iddan G, Meron G, Glukhovsky A, Swain P. Wireless capsule endoscopy. *Nature*. 2000 25;405(6785):417.
- (2) Costamagna G, Shah SK, Riccioni ME, y cols. A prospective trial comparing small bowel radiographs and video capsule endoscopy for suspected small bowel disease. *Gastroenterology*. 2002;123(4):999-1005.

(3) Pérez-Cuadrado,E. "Enteroscopia Oral". Conferencia en las XXVI Jornadas de la Sociedad Canaria de Patología Digestiva. Puerto de la Cruz. 1995.

(4) Pérez-Cuadrado,E. Videoenteroscopia oral: estudio prospectivo de 30 casos. Rev. Esp. Enf. Digest. 1996; 88,1 (9- 15).

(5) [Ress AM](#), [Benacci JC](#), [Sarr MG](#). Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding. Am. J. Surg. 1992;163: 94-8.

(6) Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, Miyata T, Iino S, Ido K, Sugano K. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. Gastrointest. Endosc. 2001; 53: 216-220.

(7) May A, Nachbar L, Shneider M, Neuman M, Ell C. Push-and-Pull Enteroscopy using the Double-Balloon technique: Method os Assessing Depth os Insertion and Training of the Enteroscopy Technique using the Erlangen Endo-Trainer. Endoscopy. 2005; 37 (1): 66-70

(8) Pérez-Cuadrado E, Macenlle R, Iglesias J. Usefulness of oral video push enteroscopy in Crohn's disease. Endoscopy. 1997; 29: 745-7.

FIGURAS:



FIGURA 1: Aspecto externo del enteroscopio de doble balón (con los dos balones hinchados del enteroscopio y del sobretubo).



FIGURA 2: Introducción oral del enteroscopio hasta cerca de la válvula de Bahuin.



FIGURA 3: Extirpación del gran pólipo en íleon distal con EDB en un caso de Peutz Jeghers (anatomía patológica: hamartoma).

Ascitis Refractaria

Ramón Planas

Unidad de Hepatología. Servicio de Aparato Digestivo

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

rplanas@ns.hugtip.scs.es

Alrededor del 5-10% de los pacientes cirróticos ingresados para el tratamiento de una ascitis presentan una ascitis refractaria al no responder al tratamiento diurético o presentar complicaciones que impiden la administración de las dosis adecuadas de diuréticos. La ascitis refractaria es una complicación grave de la hipertensión portal en la cirrosis avanzada que no solo se asocia con un mayor riesgo de desarrollar síndrome hepatorenal y peritonitis bacteriana espontánea (1,2), sino que, además, comporta un empeoramiento pronóstico. Mientras que la probabilidad de supervivencia en los pacientes cirróticos con ascitis es de aproximadamente el 50% a los 2 años, la tasa de supervivencia en los casos con ascitis refractaria se reduce al 50% a los 6 meses de seguimiento (3,4), por lo que el trasplante hepático es el único tratamiento definitivo en la mayoría de los pacientes. Aunque no existen estudios específicos sobre la fisiopatología de la ascitis refractaria, se considera que los factores que favorecen el desarrollo de esta complicación son la exageración de los factores involucrados en la retención de sodio y agua en la cirrosis.

Hasta hace unos 15 años la anastomosis peritoneovenosa era la única alternativa terapéutica existente en los pacientes cirróticos con ascitis refractaria. Sin embargo, este procedimiento no mejora la supervivencia de los pacientes, presenta complicaciones graves y se asocia con una elevada tasa de obstrucción de la prótesis (5,6), por lo que en la actualidad prácticamente se ha abandonado su uso. Con respecto al uso de los diuréticos, algunos pacientes con ascitis refractaria pueden presentar una respuesta diurética aceptable, por lo que pueden administrarse si su administración se acompaña de una natriuresis significativa (>30 mEq/día); en caso contrario probablemente sea más seguro suspender su administración en aras a evitar el desarrollo de complicaciones asociadas al tratamiento diurético (7).

En la actualidad se considera que la paracentesis total asociada a la administración de albúmina intravenosa constituye el tratamiento estándar de la ascitis refractaria (7). Aunque la paracentesis es efectiva y segura para eliminar la ascitis, es un tratamiento local que no modifica los mecanismos que favorecen la aparición de ascitis, por lo que ésta suele casi siempre recidivar en los pacientes con ascitis refractaria a menos de que exista una mejora en el grado de insuficiencia hepática, como puede ocurrir cuando la etiología de la cirrosis es alcohólica y el paciente abandona el consumo enólico.

La derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI) se comporta como una anastomosis portocava latero-lateral por lo que, desde un punto de vista teórico, debería corregir los dos brazos fisiopatológicos que influyen en la formación de ascitis. Al reducir la presión portal, debería mejorar la vasodilatación arterial esplácnica y suprimir la hiperactivación de los sistemas vasoconstrictores endógenos, con la consiguiente mejora de la perfusión renal

y filtrado glomerular, aumentando la respuesta al tratamiento diurético. Por otra parte, al descomprimir tanto la microcirculación hepática como esplácnica, debería reducir la formación de linfa en el hígado y en el territorio esplácnico. Por tanto, la DPPI teóricamente sería un tratamiento más definitivo para la ascitis refractaria que la paracentesis. A pesar de estas ventajas la DPPI presenta también importantes limitaciones, favoreciendo el empeoramiento de la función hepática y el desarrollo de encefalopatía hepática. Otro problema importante de la DPPI es su alta tasa de disfunción/oclusión, que se produce en alrededor del 50-70% de los pacientes al año de seguimiento.

Hasta el momento actual se han publicado 5 estudios controlados comparando la paracentesis asociada a albúmina endovenosa con la DPPI en la ascitis refractaria (8-12). Los resultados de estos estudios parecen demostrar que aunque la DPPI mejora el control de la ascitis en los pacientes con ascitis refractaria en comparación con la paracentesis, su uso no mejora la probabilidad de supervivencia, al tiempo que habitualmente aumenta el riesgo de desarrollar encefalopatía hepática grave, se acompaña de una alta tasa de disfunción y aumenta los costes. Por ello, el Club Internacional de la Ascitis (7) considera que la paracentesis asociada a la expansión con albúmina debe ser considerada el tratamiento de primera línea en la ascitis refractaria. La DPPI debería estar indicada para aquellos pacientes que requieran paracentesis muy frecuentes (más de 3 al mes) y sin episodios previos de encefalopatía hepática o insuficiencia cardíaca, edad inferior a los 70 años y puntuación de Child-Pugh menor de 12.

REFERENCIAS

1. Bosch J, Garcia-Pagan JC. Complications of cirrhosis. I Portal hypertension. *J Hepatol* 2000; 32: 141-146.
2. Gines P, Guevara M, Arroyo V, Rodes J. Hepatorenal syndrome. *Lancet* 2003; 362: 1819-1827.
3. Russo MW, Sood A, Jacobson IM, Brown SR Jr. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: an analysis of the literature on efficacy, morbidity and mortality. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2521-2527.
4. Morillas RM, Santos J, Montoliu S, Planas R. Paracentesis for cirrhotic ascites. En "Ascites and renal dysfunction in liver disease" (Second Edition). Eds. P Ginès, V Arroyo, J Rodés, E Schrier. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts 2005; pág: 241-250.
5. Ginès P, Arroyo V, Vargas V, et al. Paracentesis with intravenous infusion of albumin as compared with peritoneovenous shunting in cirrhosis with refractory ascites. *N Engl J Med* 1991; 325: 829-835.
6. Ginès A, Planas R, Angeli P, et al. Treatment of patients with refractory ascites using the Leven shunt with titanium tip: comparison with therapeutic paracentesis. *Hepatology* 1995; 22: 124-131.

7. Moore KP, Wong F, Ginès P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report of the Consensus Conference of the International Ascites Club. *Hepatology* 2003; 38: 258-266.
8. Lebrech D, Giuily N, Hadengue A, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunts: Comparison with paracentesis in patients with cirrhosis and refractory ascites: A randomized trial. *J Hepatol* 1996;25:135-44.
9. Rössle M, Ochs A, GÜlberg V, et al. A comparison of paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic shunting in patients with ascites. *N Engl J Med* 2000; 342: 1839-1847.
10. Ginès P, Uriz J, Calahorra B, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunting versus paracentesis plus albumin for refractory ascites in cirrhosis. *Gastroenterology* 2002; 123: 1839-1847.
11. Sanyal AJ, Genning C, Hedí KJ, et al. The North American Study for the treatment of refractory ascites. *Gastroenterology* 2003; 124: 634-641.
12. Salerno F, Merli M, Rigió O, et al. Randomized controlled study of TIPS versus paracentesis plus albumin in cirrhosis with severe ascites. *Hepatology* 2004; 40: 629-635.

Síndrome Hepatorenal

Ricard Solà.

Sección de Hepatología.

Hospital del Mar. Barcelona.

La vasodilatación arterial sistémica secundaria a la hipertensión portal determina en los pacientes cirróticos una situación de baja repleción vascular o de hipovolemia efectiva. Este trastorno circulatorio, localizado preferentemente en el territorio esplácnico, condiciona la estimulación de distintos sistemas vasoactivos a partir de la activación de receptores de presión y volumen. Entre dichos sistemas destacaríamos el sistema renina-angiotensina-aldosterona, el tono simpático y la secreción de vasopresina u hormona antidiurética. La estimulación de estos sistemas comporta en estos pacientes la aparición de diferentes trastornos de la función renal. En primer lugar se produce una disminución de la capacidad de excreción de sodio por la orina lo que comporta la formación de ascitis y edemas. Por otra parte, se produce un descenso de la capacidad de excretar agua libre de solutos, lo que en algunos enfermos determina la aparición de hiponatremia dilucional. Finalmente, la estimulación de los sistemas vasoactivos produce una vasoconstricción arterial renal que en las fases iniciales se compensa mediante factores vasodilatadores locales manteniéndose de esta forma el filtrado glomerular. En fases más avanzadas de la enfermedad en que la vasoconstricción renal es más severa, no se produce esta compensación con lo que desciende el filtrado glomerular apareciendo una progresiva insuficiencia renal funcional conocida con el nombre de síndrome hepatorenal (SHR).

Sin embargo, el SHR no es el único tipo de insuficiencia renal que aparece en los pacientes con cirrosis hepática. En primer lugar, en estos pacientes son frecuentes las situaciones que determinan depleción de volumen intravascular y comportan la aparición de insuficiencia renal pre-renal. Entre dichas situaciones destacaríamos las hemorragias gastrointestinales, la diuresis excesiva y las pérdidas de fluido gastrointestinal debidas a vómitos o diarreas. Por otra parte, otras complicaciones como la encefalopatía hepática, determinan una disminución de la ingesta de líquidos que puede condicionar también la aparición de insuficiencia renal pre-renal. En segundo lugar, los pacientes con ascitis pueden presentar insuficiencia renal orgánica ya sea aguda en relación con la administración de fármacos nefrotóxicos, o bien crónica secundaria a enfermedades cardiovasculares o metabólicas como la diabetes mellitus, frecuentes en estos pacientes. Finalmente, las infecciones bacterianas y en especial la peritonitis bacteriana espontánea determinan con frecuencia una insuficiencia renal funcional la cual puede ser grave y acompañarse de una elevada mortalidad. En algunos casos, la insuficiencia renal persiste una vez resuelta la infección desencadenando el SHR. En cualquier caso, deben descartarse cada una de estas situaciones antes de efectuar el diagnóstico de SHR.

Los criterios diagnósticos de SHR establecidos por el International Ascites Club en 1996 (Arroyo V y cols. Hepatology 1996) incluyen de hecho definiciones encaminadas a descartar la existencia de una insuficiencia renal de otro origen. Los mencionados criterios diagnósticos son:

1. Disminución del filtrado glomerular (creatinina sérica $> 1,5$ mg/dl o aclaramiento de creatinina de 24 h < 40 ml/min)
2. Ausencia de shock, infección bacteriana, pérdida de líquidos o tratamiento actual con fármacos nefrotóxicos
3. No mejora sustancial de la función renal (disminución creatinina por debajo de 1,5 mg/dl) tras la suspensión de los diuréticos y la expansión con 1,5 litros de suero fisiológico
4. Proteinuria < 500 mg/día y no evidencia ecográfica de uropatía obstructiva o nefropatía parenquimatosa.

Existen dos tipos distintos de SHR que se diferencian entre sí en su evolución y pronóstico:

SHR Tipo 1

- Insuficiencia renal rápidamente progresiva. Aumento superior o igual al 100% de la creatinina sérica inicial hasta alcanzar un nivel superior a 2,5 mg/dl, o una disminución del CI de creatinina a un valor < 20 ml/min, en menos de 2 semanas.

SHR Tipo 2

- Afectación de la función renal (creatinina sérica $> 1,5$ mg/dl) que no cumple los criterios del tipo 1.

Estudios recientes (Ruiz del Árbol L, y cols.; Hepatology 2005) han confirmado que el SHR aparece en fases avanzadas de la cirrosis caracterizadas por una severa disfunción circulatoria con gasto cardíaco elevado, severa hipotensión arterial y marcada activación de los sistemas vasoactivos. Además, en el momento de la instauración del SHR los pacientes presentan un alto gradiente de presión venosa hepática que indica la existencia de una severa hipertensión portal. Este patrón aparece en ambos tipos de SHR aunque de forma menos intensa en el SHR tipo 2. Tanto en los pacientes con SHR tipo 2 como en otros que no lo presentan, la presencia de un deterioro agudo de la función circulatoria (PBE, hemorragia,...) puede acentuar la hipoperfusión renal y desencadenar un SHR tipo 1.

La probabilidad de aparición de un SHR en los pacientes cirróticos con ascitis es baja (3,2 % a los 12 meses y del 11,4 % a los 5 años) (Montoliu S, et al.; AASLD 2003). Dicha probabilidad es algo mayor en el SHR tipo 2 (8,9 % a los 5 años) que en el de tipo 1 (5,4% a los 5 años). Como ya hemos señalado la probabilidad de desarrollar SHR es mayor en pacientes con avanzada disfunción circulatoria con niveles de ARP > 4 ng/ml.h o con un gasto cardíaco < 6 L/min. (Ruiz del Árbol L, y cols.; Hepatology 2005).

La supervivencia del SHR es muy baja, 28% a los 12 meses, con una media de 3,3 meses en una serie de 105 pacientes con SHR , 41 de tipo 1 y 64 de tipo 2 (Alessandria C y cols; Hepatology 2005). En dicho estudio los factores predictivos independientes de supervivencia fueron el score MELD (> 20) y el tipo 1 de SHR. Mientras la supervivencia media fue de 201 días en los pacientes con SHR tipo 2, en los de tipo 1 fue solamente de 30 días. De hecho, la supervivencia de los pacientes con SHR tipo 2 es muy variable y depende fundamentalmente del grado de insuficiencia hepatocelular y de la función renal. Por ello el índice de MELD que incluye ambos aspectos tiene valor predictivo independiente en la supervivencia de los pacientes con SHR tipo 2.

El objetivo del tratamiento del SHR no debe dirigirse únicamente a revertir completamente el fracaso renal sino que en muchos casos puede resultar suficiente la mejoría de la supervivencia del paciente con el fin de permitir la realización de un trasplante hepático. Se han utilizado diferentes métodos de tratamiento del SHR los cuales pueden clasificarse en relación a los distintos trastornos fisiopatológicos que hemos descrito al analizar la patogenia de este síndrome.

En primer lugar, creemos interesante señalar que los intentos de revertir la intensa vasoconstricción renal mediante vasodilatadores locales selectivos o antagonistas de los vasoconstrictores resultaron totalmente infructuosos. Otra forma de revertir el SHR consistiría en disminuir la vasoconstricción esplácnica mediante vasoconstrictores más o menos selectivos y la expansión del volumen plasmático mediante la administración concomitante de albúmina. En esta línea, la administración de ornipresina, un potente vasoconstrictor y albúmina consiguió mejorar la función renal en una serie de 16 pacientes con SHR (Guevara M, et al; Hepatology 1998). Sin embargo, el tratamiento tuvo que interrumpirse en una considerable proporción de pacientes por la aparición de fenómenos isquémicos que afectaron otros territorios. Recientemente, con el uso de terlipresina, un vasoconstrictor selectivo del área esplácnica, se consiguen los efectos vasculares deseados sin consecuencias a otros niveles. En un primer estudio piloto, la administración de terlipresina y albúmina consiguió revertir al menos temporalmente el SHR en una parte de los pacientes tratados. Con ello, 3 de 5 pacientes candidatos a trasplante pudieron ser trasplantados en 5, 12 y 99 días a partir de la instauración del SHR (Uriz J y cols; J Hepatol 2000). Posteriormente, se confirmó la necesidad de expandir el volumen plasmático en un grupo de 21 pacientes con SHR, en 16 de los cuales era de tipo 1 (Guevara M y cols; Hepatology 2002). En los pacientes que recibieron el tratamiento combinado se observó un descenso mayor de los niveles de creatinina y una mejor supervivencia que en los pacientes tratados únicamente con terlipresina. En la actualidad se está realizando un estudio prospectivo multicéntrico para confirmar la eficacia de dicho enfoque terapéutico en una amplia serie de pacientes.

La derivación portosistémica percutánea intrahepática (DPPI) constituye otro de los métodos de tratamiento del SHR al revertir la hipertensión portal, trastorno fundamental y determinante en su aparición. Su eficacia se demostró en un primer estudio piloto realizado en 7 pacientes con SHR tipo 1. Los pacientes tratados presentaron una clara disminución de los niveles de ARP y aldosterona que se acompañó de una mejoría del filtrado glomerular. En otro estudio se analizó de forma controlada la eficacia de la colocación de la DPPI en una serie de 41 pacientes cirróticos con SHR (21 tipo 1 y 20 tipo 2) no candidatos a trasplante hepático (Brensing KA, y cols; Gut 2000). La supervivencia de los 31 pacientes tratados con DPPI (14 tipo 1 y 17 tipo 2) fue mucho mayor (81 % a los 3 meses y 35 % a los 18 meses) que la observada en los pacientes que recibieron tratamiento médico convencional (10% a los 3 meses). Finalmente, un estudio reciente analizó la eficacia de la colocación de la DPPI tras lograr la mejoría de la función renal con tratamiento médico (Wong F, y cols.; Hepatology 2004). Catorce pacientes con SHR tipo 1 fueron tratados con una combinación de midodrina, octreótido y albúmina. Cinco de los 10 pacientes que respondieron al tratamiento en un plazo de 14 días recibieron una DPPI. Los pacientes fueron controlados hasta un año después momento en el que se evidenció que presentaban una función renal normal (filtrado glomerular 96 cc/min) y una elevada excreción urinaria de sodio (116 mEq/24 h) con lo que se mantenían sin ascitis.

Creemos importante destacar que en la mayoría de pacientes con SHR el trasplante hepático resulta sin duda el tratamiento definitivo ya que corrige el trastorno y la enfermedad que lo determina. El reto, sin embargo, consiste en lograr que el paciente con SHR y criterio de trasplante sobreviva a esta situación hasta el momento en que el trasplante pueda realizarse. En conclusión, el tratamiento actual del SHR es el trasplante hepático debiendo iniciarse tras el diagnóstico y tratamiento médico con vasoconstrictores selectivos y albúmina intravenosa. Si no se produce respuesta satisfactoria, debe evaluarse la posibilidad de colocar una DPPI. Finalmente, es aconsejable la prevención del SHR aplicando medidas especiales en los pacientes cirróticos que presentan complicaciones que pueden favorecer su aparición. Entre dichas medidas destacaría el uso de albúmina intravenosa en los pacientes con PBE y al realizar paracentesis evacuadoras de gran volumen.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE E INTOLERANCIA A LA LACTOSA

M.C. Dorta, A. Sánchez del Río, S. Baudet, O. Alarcón. Servicio de Digestivo. Hospiten.

Objetivos. Valorar el grado de impresión subjetiva de mejoría en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) y test de lactosa positivo que realizan una dieta sin lactosa. Evaluar la información sobre dieta sin lactosa que recibieron estos pacientes. Estimar el porcentaje de pacientes con SII que presentan un test de lactosa negativo que realizan una dieta sin lactosa.

Pacientes y métodos. Se seleccionaron para la realización de una encuesta telefónica dos grupos pacientes con SII a los que se realizó un test de lactosa: 50 pacientes con test de lactosa positivo y otros 50 con test de lactosa negativo. La historia clínica con los antecedentes, anamnesis y exploraciones realizadas fue analizada retrospectivamente confirmando el diagnóstico de SII. El cuestionario telefónico consistía en una serie de cuatro preguntas evaluadas mediante escala dicotómica (Sí/No) sobre: 1.-seguimiento de dieta sin lactosa, 2.-todas las dudas sobre dieta sin lactosa resueltas por su médico, 3.-toma de suplementos de calcio y vitamina D o alimentos ricos en calcio y vitamina D sustituyendo a los productos lácteos 4.-molestias durante la prueba y 5.-es difícil seguir una dieta sin lactosa. Además una pregunta de escala ordinal (nada, poco, bastante, mucho) se utilizó para evaluar el grado de mejoría subjetiva.

Resultados. 44 pacientes con test positivo y 50 con test negativo respondieron al cuestionario. La edad media de los pacientes con test positivo fue de 37 ± 13 años, y de los pacientes con test negativo de 44 ± 16 años ($p=0.037$). La proporción varón/mujer en los pacientes con test positivo fue de 11(25%)/33(75%), y en los pacientes con test negativo de 12(24%)/38(76%), $p=0.9$. Treinta y cinco (79%) de los pacientes con test positivo hacían una dieta sin lactosa, frente a 7 (14%) de los pacientes con test negativo ($p<0.001$). 5 (11%) de los pacientes con test positivo y 42 (84%) de los pacientes con test negativo tuvieron molestias durante el test de lactosa, $p<0.001$. De los pacientes con SII y test de lactosa positivo el grado de mejoría subjetiva fue nada 5 (12%), poco 9 (18%), bastante 13 (30%), mucho 17 (40%). De este mismo grupo de pacientes 12 (27%) referían dificultades para hacer dieta sin lactosa, a 22 (50%) no se les habían recomendado suplementos o alimentos ricos en calcio y vitamina D y 32 (73%) pensaban que no habían respondido suficientemente a sus dudas.

Conclusiones. Los pacientes con síndrome de intestino irritable y test de lactosa positivo son más jóvenes que los que presentan un test negativo. Un porcentaje importante de pacientes con test de lactosa negativo tienen molestias durante la prueba o llevan a cabo una dieta sin lactosa. Un porcentaje importante de los pacientes con test positivo refieren una mejoría significativa. Es necesario mejorar el grado de información de estos pacientes respecto a la dieta sin lactosa.

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DE ESPAÑA. UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Baudet JS, Martín JM, Alarcón O, Sánchez del Río A, Morales S, Borja E, Borque P, Diaz D, Aviléz J. Servicios de Digestivo de Red Hospiten Tenerife y H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

RESUMEN: La prevención de riesgos laborales (PRL) persigue evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. Las Unidades de Endoscopia Digestiva (UED) entendidas como centros de trabajo, están obligadas a aplicar todas las medidas adecuadas para evitar que el personal que ejerce su labor en ellas corra riesgos derivados de su trabajo.

Objetivo: Valorar las medidas de prevención de riesgos laborales que se aplican en las UED de nuestro País.

Método: Se realizó una encuesta anónima entre las UED de 230 Hospitales representativos de todas las CCAA. La encuesta incluía 13 preguntas sobre las características del Hospital y de la UED y 17 preguntas sobre medidas de PRL divididas en 4 apartados: 1. Medidas generales de PRL (planes de evacuación y contra incendios, presencia de extintores, mangueras, puertas contra incendios y detectores de humos). 2. Medidas de PRL en la desinfección (tipo de aireación, uso de gafas protectoras, guantes, mascarillas y mandiles y suelo antideslizante). 3. Medidas de PRL durante la exploración (uso de gafas protectoras, guantes, mascarillas, mandiles, camillas hidráulicas y monitores secundarios). 4. Medidas de PRL en CPRE (Uso de mandiles, gafas o pantallas plomadas, tipos de dosímetros y control de la dosis de radiación).
Resultados: contestaron 175 UED (75%); 140 hospitales públicos y 35 privados. El 53% de las UED no poseen plan de evacuación. Entre el 40 y el 60% de las UED carecen de las medidas contra incendios obligatorias. Solo el 12% de las UED poseen campanas extractoras sobre las bateas o lavadoras de desinfección. Durante la desinfección no se usan gafas protectoras en el 82% de las UED, no se usan mascarillas en el 61% y no se usan mandiles en el 81%. Carecen de suelo antideslizante el 78% de las UED. El 34% de las UED desinfectan los endoscopios en el box de exploraciones. Durante la exploración no se usan gafas protectores en el 80% de las UED, mascarillas en el 60%, mandiles en el 82%, camas hidráulicas en el 52% y monitores secundarios en el 83%. Durante la CPRE no se utiliza collarín en el 35% de las UED, guantes plomados en el 81%, gafas plomadas en el 79% y pantalla plomada en el 83%. En el 89% de las UED utilizan dosímetros de pecho pero solo el 42% los utiliza también de muñeca. No encontramos diferencias entre CCAA ni entre hospitales públicos y privados.

Conclusiones: En nuestro País las Unidades de Endoscopia Digestivas no cumplen las normativas de prevención de riesgos laborales en ninguno de los cuatro apartados valorados.

SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA. UNA REALIDAD EMERGENTE

Aparicio F, Baudet JS, Alarcón O, Sánchez del Río A, Morales S, Martín JM, Borja E, Borque P, Avilés J. Servicios de Digestivo de Red Hospiten Tenerife y H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

RESUMEN: En los últimos años se ha extendido el uso de sedación en la práctica habitual de las Unidades de Endoscopia Digestiva (UED) de nuestro País. Sin embargo, este uso no es homogéneo, pudiendo existir grandes diferencias entre distintos hospitales.

Objetivo: Valorar el uso actual de la sedación en las UED en España.

Método: Se realizó una encuesta anónima entre las UED de 230 Hospitales representativos de todas las CCAA. La encuesta incluía 13 preguntas sobre las características del Hospital y de la UED y 11 preguntas sobre el uso de la sedación que incluían número de exploraciones, porcentaje de exploraciones sedadas, fármacos utilizados, participación de anestesista, monitorización realizada, carro de paradas, control del riesgo anestésico (ASA) de los pacientes.

Resultados: contestaron 175 UED (75%); 140 hospitales públicos y 35 privados. Se utiliza sedación en más del 50% de las gastroscopias en el 22% de las UED; en más del 50% de las colonoscopias en el 47% de las UED; en más del 80% de las CPRE en el 90% de las UED. Los fármacos más utilizados para la sedación fueron midazolam para la gastroscopia (49% de las sedaciones); midazolam y petidina para las colonoscopias (50% de las sedaciones); propofol para las CPRE (40% de las sedaciones). La sedación es controlada por un anestesista menos del 20% de las ocasiones en el 39% de las UED y nunca en el 30%. Se monitoriza el paciente con pulsioxímetro en más del 50% de las sedaciones en el 76% de las UED. De las UED que sedan, el 72% solo se seda a pacientes con ASA I, II y III, el 21% de las seda pacientes con ASA IV, solo el 5% sedan pacientes con ASA V. El 86% de las UED poseen carro de paradas. Sin embargo, solo el 19% de las UED se realizan cursos de parada cardio respiratoria. No se encontraron diferencias entre las distintas CCAA.

Conclusiones: 1. En España el uso de sedación en endoscopia es muy escaso en gastroscopias, algo mayor en colonoscopias y generalizado en la CPRE. 2. En España la sedación es mayoritariamente controlada por los endoscopistas. 3. La monitorización de los pacientes se realiza fundamentalmente con pulsioxímetro. 4. La sedación se utiliza principalmente en pacientes con riesgo anestésico medio (ASA III o menor). 5. No encontramos diferencias entre las distintas CCAA.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN COLONOSCOPIA MEDIANTE INDICADORES FACILMENTE DISPONIBLES.

Sánchez del Río, J. Llach, V. Pons, G. Mreish, A. Panades, A. Parra, R. Campo.
Grupo de Estudio de Calidad en Endoscopia Digestiva

RESUMEN: El adenocarcinoma de colon es la primera causa de mortalidad por cáncer en España. La colonoscopia es la exploración de elección en pacientes de alto riesgo para la detección precoz de cáncer de colon y la exploración de referencia para la población de riesgo medio con test de sangre oculta en heces positiva. La monitorización de la calidad mediante indicadores sencillos y disponibles universalmente permite detectar importantes problemas de calidad.

Objetivos. Determinar los principales problemas de calidad en seis unidades de endoscopia en diferentes áreas del país utilizando tres indicadores sencillos y disponibles. Conocer la variabilidad entre los centros respecto a esos indicadores.

Pacientes y métodos. La calidad de 1056 colonoscopia realizadas en 6 centros hospitalarios fue evaluada mediante tres criterios: exploración completa, limpieza adecuada y todos los pólipos extirpados y recuperados. Dos observadores en cada centro evaluaron independientemente los indicadores propuestos. Se realizó el análisis para el conjunto de las colonoscopias y para aquellas colonoscopias en las que se detectaron pólipos. Las principales variables utilizadas fueron: la proporción de incumplimiento de cada indicador por centro, la tasa de problemas por centro, la proporción media de incumplimiento y la tasa de problemas media. Se construyeron gráficos de Pareto y de análisis de perfiles con estas variables.

Resultados. El índice de concordancia para cada uno de los tres indicadores fue superior al 90%. El principal problema de calidad en todos los centros fue la calidad de la preparación del colon (rango 16 a 50% de preparación inadecuada). La preparación inadecuada representó el 59% del total de la tasa de problemas en el gráfico de Pareto. Al 25% (IC 95% 20-30%) de todos los pacientes con pólipos no se les extirparon o recuperaron todos los pólipos. Para todos los indicadores existía una importante variabilidad en los gráficos de análisis de perfiles. Algunos centros se situaban claramente sobre el promedio para uno o varios indicadores.

Conclusión. La calidad de la limpieza del colon es el principal problema de calidad en colonoscopia. Un porcentaje importante de los pólipos de colon no son extirpados o recuperados para su análisis en un primer momento. No existe una homogeneidad en la calidad ofrecida por las diferentes unidades de endoscopia.

SEGUIMIENTO POST-POLIPECTOMIA: LATENCIA DE REAPARICIÓN, TAMAÑO E HISTOLOGÍA.

D. Ceballos*, F. Rancel*, J. Marchena#, V. Ortega*, W. Chang*, J.M. Alonso*

* Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Univ. de G.C. "Dr. Negrín".

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Univ. de G.C. "Dr. Negrín".

Objetivo. Estudiar el tiempo de latencia de aparición de nuevos pólipos adenomatosos tras polipectomía y/o extirpación de un cáncer colorrectal.

Pacientes y método. Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes sometidos consecutivamente entre 1997 y 2002 en nuestra unidad de endoscopia a dos o más colonoscopias sucesivas, independientemente de su indicación inicial, excepto enfermedad inflamatoria intestinal. Se recogió el estado del paciente en la primera colonoscopia: limpio, portador de pólipo y/o portador de carcinoma. Tras el oportuno tratamiento –polipectomía o resección quirúrgica- el paciente quedaba nuevamente limpio. Se recogió la nueva situación tras la segunda colonoscopia. Se consideró "tiempo de latencia" el transcurrido en meses entre una primera colonoscopia en un paciente "limpio" y la segunda colonoscopia en la que el paciente mostraba nuevamente un pólipo o carcinoma.

Se recurrió al método actuarial para calcular la probabilidad de aparición de una lesión polipoidea o carcinoma tras una primera colonoscopia limpia y al test de Log-Rank para estudiar si existían o no diferencias significativas en el tiempo de latencia entre la población sana y la población portadora de pólipos, el tipo histológico y el tamaño de la lesión polipoidea. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados. La muestra de estudio fueron 699 pacientes en los que se practicó 1543 colonoscopias (348 varones, 49.8% y 351 mujeres, 50.2%). La edad media fue de 61,5 años (DE: $\pm 13,7$; IC95%: 60,5-62,5). En la primera colonoscopia 521 (61,7%) se encontraban sanos, 224 presentaban pólipos (26,5%) y 99 pacientes (11,7%) carcinoma. En la segunda colonoscopia 621 pacientes (73,6%) estaban sanos, 199 (23,6%) presentaban pólipos y 24 (2,8%) carcinoma. El tiempo de latencia medio para la aparición de un pólipo fue de 23,8 meses y de un carcinoma de 24,3 meses.

Según el método actuarial la probabilidad de desarrollar un pólipo o carcinoma tras estar sano o quedar "limpio" a los 6 meses, 1 año y 2 años fue del 8%, 15% y 24% respectivamente. El tiempo de latencia para desarrollar un pólipo fue significativamente menor en la población previamente portadora de pólipos que en la población sana ($p < 0.001$). En los pacientes portadores de adenomas tubulares se observó el mayor tiempo de latencia ($p = 0,01$). El tamaño inicial del pólipo no se relacionó con el tiempo de latencia.

Conclusiones. El tiempo medio de latencia de aparición de un nuevo pólipo tras una colonoscopia limpia suele ser superior a dos años, existiendo no obstante diferencias significativas entre la población sana y la población portadora de pólipos previamente, así como en función de la histología del pólipo extirpado.

INDEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO

V. Ortega*, D. Ceballos*, W. Chang*, E. Ortiz*, J.L.R. San Román*, C. Guerra*

* Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de G.C. "Dr. Negrín".

Objetivo. El objetivo principal de nuestro trabajo es valorar la repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional y psíquica de los pacientes ancianos ingresados en nuestra área. En segundo lugar intentar establecer la existencia de factores de riesgo asociados.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional que incluye a 43 pacientes de más de 65 años ingresados en el Servicio de Digestivo de nuestro hospital en el periodo comprendido entre Abril-Octubre/05. Se elaboró un protocolo para la recogida de datos que incluía la filiación, la edad, el motivo del ingreso, los días de estancia en urgencias y en la planta, el IMC, la albúmina al ingreso y la realización o no de cirugía. Las capacidades físicas y psíquicas se midieron mediante escalas de evaluación (Índice de Barthel, Índice de Lawton e Índice de Pfeiffer) en el momento del ingreso, al alta y pasado 1 mes tras el alta.

Resultados. La edad medio del grupo estudiado fue de 79'5 (\pm 7) años con un 56% de varones y 44% de mujeres. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la HDA no variceal (23%) y la ictericia obstructiva benigna (23%). El 6% de los pacientes requirieron cirugía en el ingreso. La mediana de los días de estancia fue de 14 días (3-94). El índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) al ingreso sufre una caída en el 34'9% y 37'2% de los pacientes, al alta y al mes respectivamente ($p < 0,001$). El índice de Lawton (actividades instrumentales) al alta era menor que el del ingreso en un 39'5% de los pacientes, y al mes del alta el descenso afectaba al 46'5% de los mismos ($p < 0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al índice de Pfeiffer (evaluación mental) tras el ingreso hospitalario. Se halló relación entre la edad y el índice de Barthel, Lawton y Pfeiffer tanto al ingreso como al mes del alta, sólo había relación con el índice de Pfeiffer al alta ($p < 0,05$). Se encontró relación entre el sexo y el índice de Barthel (al ingreso y al mes) y el índice de Pfeiffer (en el ingreso, al mes y al alta) ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al motivo de ingreso, gravedad de la enfermedad, días de estancia en urgencias, días de estancia en total, IMC, albúmina e intervención quirúrgica con los respectivos índices de capacidad funcional.

Conclusiones. 1. Existe relación entre el ingreso hospitalario y la pérdida de capacidad funcional de los pacientes ancianos ingresados en nuestra área.
2. La edad avanzada y el sexo femenino se asocian a una mayor pérdida de capacidades físicas y mentales tras el ingreso hospitalario.
3. No parece existir relación entre el deterioro físico y psíquico y el motivo de ingreso, la gravedad de la enfermedad, los días de estancia en el hospital, parámetros de nutrición y haber sido intervenido quirúrgicamente.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

N. Hernández, A. Cruz, P. Saiz, V. Malo de Molina, A. Castellot, M. Peñate, E. García, E. Jiménez, A. Monescillo, C. Guevara, M. Jorge, J.M. Marrero.
Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) es la pérdida de sangre secundaria a lesiones por debajo del ángulo de Treitz. Si bien, por lo general, es un proceso autolimitado, en algunas ocasiones se requiere la realización de múltiples pruebas diagnósticas.

Objetivos: Conocer las características clínicas de los pacientes que han ingresado en nuestro servicio con episodios de HDB y valorar las pruebas que se realizan en nuestro medio para conocer la etiología de las mismas.

Material y métodos: Se incluyen a los 88 pacientes que precisaron ingreso en nuestro servicio por HDB entre enero de 2000 y diciembre de 2004. Se analizan los datos con paquete estadístico SPSS.

Resultados: n=88 pacientes. 51% varones y 49% mujeres. Edad: 68 ± 15 (14-92). El 88.6% presentan enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes la HTA (40,9%) y cardiopatía isquémica (40,9%). El 23% habían presentado episodio anterior de HDB (4,5% de origen no conocido). En el 37,5% existía consumo de antiinflamatorios no esteroideos y en el 12% anticoagulantes orales. La forma de presentación más frecuente fue la rectorragia (70%). El 36% tenían dolor abdominal y el 8% síndrome constitucional acompañante. 17 pacientes presentaron síntomas vegetativos al ingreso. El nivel de hemoglobina medio fue 10 ± 2 (1,9-16,3). La necesidad transfusional media fue de 2 concentrados de hematíes (43,2% de los pacientes). En todos los pacientes se realizaron colonoscopias, siendo necesario en el 20% de los casos repetir la colonoscopia para una adecuada exploración. 46 pacientes precisaron la realización de otras pruebas diagnósticas (endoscopia alta 24%, arteriografía 5.7% y gammagrafía 3.4%). La causa de la hemorragia se pudo filiar en el 77% de los casos (enfermedad diverticular 17%; hemorroides 12.5%; colitis isquémica 10.2%; angiodisplasia 6.8%; post-polipectomía 5.7%; enfermedad de Crohn 3.4%; divertículo de Meckel y proctitis actínica 2.3%; lesión submucosa cecal, neoplasia, pólipos y úlcera rectal 1%). Se observó recidiva en 7 pacientes, siendo en 2 pacientes durante el ingreso. La estancia media fue de 5 ± 3 días (1-20). 4 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico y sólo se produjo un fallecimiento como causa directa de la HDB.

Conclusiones

- La rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia aumenta con una adecuada preparación del colon.
- Potenciar las pruebas de imagen del intestino delgado disminuirá el porcentaje de HDB no filiadas.

DESINFECCIÓN EN LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DE ESPAÑA

Borja E, Baudet JS, Alarcón O, Sánchez del Río A, Morales S, Aparicio F, Díaz D, Borque P, Avilés J. Servicios de Digestivo de Red Hospiten Tenerife y H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

RESUMEN: La adecuada desinfección del aparataje utilizado es uno de los parámetros determinantes de la calidad de las Unidades de Endoscopia Digestiva (UED).

Objetivo: Valorar los sistemas de desinfección que se utilizan en las UED de nuestro País. Comparar su evolución en los últimos años.

Método: Se realizó una encuesta anónima entre las UED de 230 Hospitales representativos de todas las CCAA. La encuesta incluía 13 preguntas sobre las características del Hospital y de la UED y 13 preguntas sobre la desinfección utilizada en la UED que incluían uso de box independiente de desinfección, producto desinfectante utilizado, tiempo de inmersión en el desinfectante, tiempo de recambio del desinfectante, uso de bateas independientes para gastro y colonos, uso de lavadoras y duración del ciclo de lavado, desinfección del material auxiliar, uso de material desechable, desinfección de endoscopios al iniciar la jornada, secado de los canales y realización de cultivos. Los resultados se compararon con estudios previos.

Resultados: contestaron 175 UED (75%); 140 hospitales públicos y 35 privados. El 66% de las UED utilizan un box independiente para la desinfección. El glutaraldehído en sus dos versiones es el desinfectante más utilizado (58% de las UED). El tiempo de inmersión en el desinfectante fue de 20 min en el 42% de las UED, siendo de 10 min o más en el 86% de las UED. El 50% de las UED utilizan bateas independientes para gastros y colonos. El 68% de las UED recambian el desinfectante diariamente, el 27% de forma semanal y el 5% mensual. El 61% de las UED utilizan lavadoras. La duración de los ciclos de lavado es entre 20 y 40 minutos. Se utilizan pinzas, agujas de esclerosis y material de CPRE desechable en el 35%, 78% y 68% de las ED respectivamente. Desinfectan los endoscopios antes de iniciar la jornada el 55% de las UED. El 90% de las UED secan los canales de los endoscopios al final de la jornada (6% con alcohol, 66% con aire, 6% con aspiración, 12% varios). El 78% de las UED realizan cultivos de los canales del endoscopio (1% diario; 13% semanal, 26% mensual; 38% aleatorio). No se encontraron diferencias entre CCAA ni entre hospitales públicos y privados.

Conclusiones: 1. La desinfección del material de endoscopia mantiene altos niveles de calidad. 2. en los últimos años se ha aumentado la duración de la desinfección en las UED. 3. Se está extendiendo el uso de material desechable. 4. Se ha producido un gran aumento del número de UED con lavadoras.

IMPACTO DE UNA CAMPAÑA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN DE RIESGO INTERMEDIO.

AZ Gimeno-García, A Parra-Blanco, D Nicolás, M. García, A Jiménez, E Quintero.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

RESUMEN: Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) es el tumor más incidente en nuestro país y su cribado ha demostrado reducir tanto la incidencia como la mortalidad por esta enfermedad. La falta de conocimiento ha demostrado ser un factor limitante para el cribado del CCR.

Objetivo: Incrementar la participación ciudadana para el cribado del CCR mediante una campaña educativa en población de riesgo intermedio.

Métodos: Se seleccionaron de forma aleatoria 158 participantes ≥ 50 años. La mitad de los participantes fueron asignados a un grupo control y la otra mitad al grupo estudio, al cual se proyectó un vídeo educativo sobre el CCR así como información adicional de los aspectos más relevantes de la enfermedad y su prevención. Se realizó a todos los participantes una encuesta incluyendo variables demográficas, socioculturales, sanitarias. Antes y después de la visita a la consulta de gastroenterología, se interrogó sobre el conocimiento de los factores de riesgo, síntomas, incidencia, mortalidad y edad de riesgo para desarrollar CCR. A todos los participantes se les entregó un test de sangre oculta en heces para evaluar el impacto de la intervención.

Resultados: Los grupos fueron homogéneos en todas las variables excepto en “visita al médico de cabecera en el último año” y “conocimiento de la edad de riesgo para desarrollar CCR” siendo en ambas la puntuación superior en el grupo control ($p < 0.05$). El grupo de intervención entregó un mayor número de tests que el grupo control (69.6% vs 54.4%). Además la intervención fue el único factor predictivo independiente de cumplimiento (OR 1.91 [95% IC, 1.0 to 3.7] $p = 0.05$).

Conclusión: la divulgación de los aspectos más relevantes de la enfermedad es un aspecto fundamental para conseguir una mayor participación ciudadana en las campañas de cribado del CCR.

EVALUACIÓN DE LA CROMOENDOSCOPIA CON LUGOL EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER EPIDERMÓIDE DE ESOFAGO EN POBLACION DE ALTO RIESGO DE LA ISLA DE TENERIFE.

Nicolás-Pérez D, Parra-Blanco A, Gimeno-García AZ, Pardo-Balteiro A, Ortega-Sánchez JA, Carrillo-Palau M, Grosso B, Ortiz M, Rodríguez M, Casanova-Trujillo C, Quintero-Carrión E. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: El cáncer de esófago es una de las neoplasias con mayor mortalidad asociada. La elevada tasa de mortalidad se debe a que su diagnóstico se efectúa en fases avanzadas del desarrollo de la enfermedad. Por ello, el diagnóstico precoz del cáncer esofágico tiene una importancia crucial para mejorar la supervivencia de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la cromoendoscopia con lugol en el diagnóstico precoz del cáncer epidermoide de esófago en pacientes a riesgo.

Métodos: estudio prospectivo en que se incluyó sujetos con riesgo alto de cáncer epidermoide de esófago (historia de etilismo, historia previa de neoplasia de cabeza y cuello, y acalasia). A los pacientes incluidos en el estudio, se les efectuó un cuestionario donde se recogió la magnitud de exposición a alcohol y tabaco, historia de neoplasia de cabeza y cuello (NCC), tipo de NCC, acalasia y tiempo de evolución de la acalasia. Posteriormente, se realizó una panendoscopia oral bajo sedación con aplicación esofágica de lugol al 2%, registrando el número de lesiones no captantes de lugol ≥ 5 mm y su localización tras lo que se tomó biopsias para estudio histológico.

Resultados: Se ha incluido 84 pacientes, (edad media: 59.2 ± 11 años) de los cuales 78 son varones (92.8%). 82 pacientes tienen historia de etilismo (71 cirrosis), 10 una historia previa de NCC y 6 acalasia. Entre los pacientes con consumo previo de alcohol, el consumo medio de etanol fue de 101 ± 54 gramos/día, con una historia de exposición de 28.1 ± 13.1 años. 68 pacientes referían una historia de exposición al tabaco, siendo 44 exfumadores. Tras la aplicación de lugol, se detectó 47 lesiones no teñidas por el lugol, con un tamaño igual o superior a 5 mm. El tamaño medio de las lesiones fue de 12.3 mm. De las 47 lesiones, se detectó 3 displasias de bajo grado (DBG) y 3 carcinomas, correspondiendo las 41 lesiones restantes a epitelio normal o alteraciones benignas de la mucosa (paraqueratosis, inflamación, excitosis). De las 6 lesiones neoplásicas (3 cánceres y 3 DBG), sólo 2 cánceres fueron detectados sin lugol, aunque la tinción contribuyó a delimitar con mayor precisión su tamaño y márgenes.

Conclusiones: la frecuencia de neoplasia epidermoide en nuestra población de riesgo estudiada es de un 3.5 %, mucho mayor que la incidencia de esta enfermedad en la población general. La cromoendoscopia con lugol puede ayudar a identificar estas lesiones en sujetos de riesgo, ofreciendo la posibilidad de detección precoz y la aplicación de un tratamiento potencialmente curativo y con menor morbimortalidad.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: INMUNOSUPRESIÓN Y EMBARAZO. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

P. Borque, D. Díaz, F. Aparicio, E. Borja, L. Navazo, S. Morales, J. Avilés.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Nuestra Señora de Candelaria.

La enfermedad inflamatoria intestinal afecta predominantemente a población joven, con un pico de incidencia entre los 20 y los 30 años. Por tanto, es frecuente la afectación en mujeres en edad fértil. Con elevada frecuencia estas pacientes precisarán tratamiento de mantenimiento, en muchos casos inmunosupresor. Hace años se desaconsejaba la concepción en este grupo de enfermas, pero en la actualidad esto ha cambiado, y se ha visto que no hay por qué contraindicar el embarazo ni suspender la medicación durante el mismo.

El objetivo de nuestra revisión es analizar los embarazos (evolución, momento de finalización, vía de parto, peso del recién nacido...) de las pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento inmunosupresor.

Hemos revisado, un total de 329 historias clínicas de pacientes mujeres que siguen controles en la consulta monográfica de EII de nuestro centro, de las cuales 119 han precisado tratamiento inmunosupresor en algún momento de su evolución. Encontramos que 11 de ellas habían quedado embarazadas en al menos una ocasión, estando con tratamiento inmunosupresor.

Recogimos los siguientes datos relativos a la historia clínica de la paciente: edad, tipo de enfermedad, tiempo de evolución, tratamiento antes y durante la gestación, motivo de la inmunosupresión y dosis (antes y durante el embarazo). Así como datos relativos a la resolución del embarazo: edad gestacional, recién nacidos vivos, peso al nacer, abortos espontáneos, complicaciones pre y periparto y malformaciones.

En los resultados destaca: 1) todas las pacientes seguían tto antipurínico durante el embarazo. 2) en algún caso había antecedentes alejados de tratamiento con otros inmunosupresores (ciclosporina e infliximab) 3) hay una tendencia de los RN a tener peso en el límite bajo de la normalidad, aunque ninguno precisó de cuidados especiales. 4) una paciente sin edad de riesgo ni antecedentes previos familiares tuvo un RN con sd de Down (detectado en el screening).

Aunque no podemos sacar conclusiones por el escaso número de enfermas, y no se pueden hacer afirmaciones sobre la seguridad de la medicación durante el embarazo, nos parece que las pacientes con EII e inmunosupresión pueden asumir un embarazo siempre que estén en remisión clínica y recibiendo el tratamiento adecuado.

HALLAZGOS DEMOGRAFICOS Y ENDOSCOPICOS ASOCIADOS A LA DETECCION DE ADENOMAS PLANOS EN LA COLONOSCOPIA.

Nicolás-Pérez D, Parra-Blanco A, Gimeno-García AZ, Grosso B, Ortiz M, Rodríguez M, Rezende LC, Ortega-Sánchez JA, Carrillo-Palau. Quintero-Carrión E. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: Los adenomas colorrectales son difíciles de detectar durante la endoscopia pero es importante identificarlos para la prevención del cáncer colorrectal. Los factores epidemiológicos asociados con la detección de estas lesiones no han sido clarificados.

Objetivo: Evaluar factores demográficos y epidemiológicos asociados con la existencia de adenomas planos.

Métodos: 2119 pacientes consecutivos sometidos a colonoscopia fueron prospectivamente incluidos. Durante la colonoscopia, los pólipos fueron clasificados como planos o protruidos siguiendo la clasificación japonesa de neoplasias colorrectales. Una tinción con índigo carmín al 0.2% fue aplicada sobre cada lesión plana. La indicación de la colonoscopia, sexo, edad, historia personal o familiar de neoplasia colorrectal, forma histología y tamaño de los pólipos fueron registrados. Los pacientes fueron agrupados según la presencia de adenomas planos o protruidos en 4 grupos: grupo 1: sin adenomas; grupo 2: sólo adenomas protruidos; grupo 3: adenomas planos y protruidos; grupo 4: sólo adenomas planos. Se efectuó un análisis univariado y multivariado para identificar variables predictivas independientes para la detección de adenomas planos.

Resultados: Tras excluir 428 pacientes por falta de diagnóstico histológico, recogida incompleta de datos o síndrome de Lynch / poliposis, 1691 pacientes (79.8%) fueron incluidos (813 varones). La edad media de los pacientes fue de 58.9 ± 14.2 años. 1122 (66.4%), 361 (21.3%), 94 (5.6%) y 114 (6.7%) pacientes se incluyeron en los grupos 1, 2, 3 y 4, respectivamente. La edad media fue de 56.5 ± 15.2 , 63.9 ± 10.5 , 63.9 ± 9.7 , y 62.6 ± 11.5 años para los grupos 1 a 4, respectivamente. La edad media del grupo 1 fue significativamente menor que la de los grupos 2 ($p < 0.001$), grupo 3 ($p < 0.001$) y grupo 4 ($p < 0.001$). Entre los 208 pacientes con adenomas planos, 112 eran varones (53.8%), 47 (22.6%) tenían una historia personal de neoplasia colorrectal (adenoma o cáncer) y 50 (24.1%) tenían una historia personal de neoplasia colorrectal. En el análisis univariado, el sexo masculino ($p = 0.04$), edad superior a 50 años ($p < 0.001$), una historia personal de neoplasia colorrectal ($p = 0.001$), adenoma protruido concomitante ($p < 0.001$) y la existencia de adenomas avanzados ($p < 0.001$) se asociaron con la detección de adenomas planos. En el análisis multivariado, la historia personal de neoplasia colorrectal, y la edad superior a 50 años se asociaron con la existencia de adenomas planos.

Conclusión: En una serie no seleccionada de colonoscopias, 12.3% de pacientes tienen adenomas planos y en la mitad de los pacientes, no se identifican adenomas protruidos. La edad superior a 50 años y la existencia de una historia personal de neoplasia son factores que se asocian a una mayor oportunidad de detectar adenomas planos durante la colonoscopia.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Sánchez del Río, J. Llach, V. Pons, G. Mreish, A. Panades, A. Parra, R. Campo.
Grupo de Estudio de Calidad en Endoscopia Digestiva

RESUMEN: Introducción. Las encuestas de satisfacción son un método de detección de oportunidades de mejora basándonos en la opinión del paciente.

Objetivos. Validar un cuestionario sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. Conocer si existe variabilidad en la calidad percibida por el paciente entre diferentes centros. Determinar los principales problemas de calidad desde el punto de vista del paciente.

Pacientes y métodos. Cinco centros incluyeron un total de 321 pacientes que habían acudido para endoscopia. Unas semanas después se realizó un cuestionario telefónico que incluía la evaluación en escala ordinal (malo, regular, bueno, muy bueno, excelente) de 7 aspectos (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, habilidad del médico, explicaciones, molestias) y una cuestión de puntuación global con la misma escala. Se comprobó la validez del cuestionario mediante alfa de Cronbach y correlación total inter-item media (CTIM). A partir del cuestionario se calcularon tres indicadores para cada centro: la puntuación global sumando los valores de las respuestas a las 8 cuestiones, la tasa de problemas percibidos por los pacientes (número total de preguntas respondidas malo o regular dividido por el número total de preguntas realizadas) y el porcentaje de pacientes insatisfechos a partir de la respuesta a la pregunta sobre puntuación global. Se realizó un análisis de Pareto para cada centro para averiguar cuáles eran los aspectos más representados entre los pocos vitales.

Resultados. La alfa de Cronbach fue de 0'93 y la CTIM de 0'78. Existían diferencias significativas entre los centros para los tres indicadores derivados del cuestionario de satisfacción. Los aspectos más representados en los pocos vitales fueron el tiempo de espera para la cita y las molestias durante la exploración, pues ambos aparecían en los pocos vitales de cuatro de los cinco centros.

Conclusión. El cuestionario utilizado es válido. Existen diferencias en la calidad percibida en los cinco centros, pero este estudio no permite diferenciar si se deben a la atención prestada o a las características de los pacientes. Los aspectos más problemáticos desde el punto de vista de los pacientes son el tiempo de espera y las molestias durante la exploración.

HÍGADO ERRANTE: "SÍNDROME DEL VAGABUNDEO HEPATOCOLÓNICO"

Paula Junquera, Daniel Cubillo, Yeray González, Jose C. Antela, Jose Manuel Santana.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Servicio de Radiología.

RESUMEN: Objetivo: Presentación de los hallazgos de un nuevo caso del síndrome del "vagabundeo hepatocolónico".

Presentación del caso: Paciente varón de 72 años, con antecedentes de episodios de dolor abdominal etiquetados de cuadros suboclusivos que se resuelven espontáneamente o con tratamiento conservador. Acude al servicio de Urgencias de nuestro hospital, donde se diagnostica de vólvulo de sigma. En las radiografías de abdomen realizadas en el seguimiento de su proceso, se observa que la sombra hepática se sitúa en hipocondrio derecho e izquierdo alternativamente.

Resultados y discusión: La TC de abdomen en ambos decúbitos laterales confirma la gran movilidad del hígado en el plano transversal. No se observa desplazamiento significativo de otras vísceras, malrotación intestinal ni otras alteraciones. La anomalía en la fijación del hígado le permite una gran movilidad en el plano transversal pudiendo llegar a ocupar la totalidad del hipocondrio izquierdo con los diferentes cambios posturales. Existen sólo seis casos publicados. Sorprende que a pesar del potencial riesgo de torsión vascular, ninguno de los pacientes refirió síntomas atribuibles a la hipermotilidad del hígado. Todos fueron estudiados por síntomas relacionados con patología obstructiva del tubo digestivo y se asociaron a elongación del mesocolon que predisponía a vólvulos.

Conclusión: Pensamos que esta entidad puede no ser tan infrecuente y que si se estudian pacientes con cuadros suboclusivos de repetición es posible que se diagnostiquen más casos en el futuro.

PROCTITIS ACTÍNICA SEVERA: ANÁLISIS PRELIMINAR.

W.Chang, D.Ceballos, P.Lara*, I.Llorca, JM.Alonso, B.Velázquez.

Servicio de Aparato Digestivo. Hosp.de G.C.Dr.Negrín.

*Servicio de Oncología radioterápica. Hosp.de G.C.Dr.Negrín.

Objetivos.

Evaluar los pacientes que han acudido al servicio de digestivo por sangrado rectal tardío tras recibir radioterapia por cáncer de próstata. Valorar el grado de toxicidad, características y terapéuticas realizadas.

Metodología.

Entre agosto del 2003 y junio del 2005 se recopilaron en el Servicio de Digestivo 13 casos de sangrado rectal crónico tras recibir radioterapia por cáncer de próstata T1-T3 sin metástasis. Habían recibido sobre el volumen pélvico 50 Gy con una sobredosificación de 22 Gy más sobre el tumor o 74 Gy sólo sobre el volumen tumoral. La toxicidad se midió con la escala de RTOG/EORTC y SOMA/LENT. El periodo de latencia se estimó como el tiempo transcurrido desde la finalización de la radioterapia y la cirugía, primera transfusión de sangre o tercera terapéutica con plasma argón. Se recogieron el número de endoscopias terapéuticas requeridas y las necesidades transfusionales. Otras terapéuticas y resultados.

Resultados.

Once pacientes fueron tratados con 50+22Gy y dos lo fueron con 74Gy. La latencia media fue de 13 meses. Ninguno requirió cirugía, 6 necesitaron múltiples transfusiones y 2 recibieron una o dos transfusiones. Nueve requirieron terapéutica con plasma argón con una media de cinco sesiones. Ocho recibieron ozonoterapia y dos recibieron formalina.

Conclusiones.

El sangrado rectal crónico es una complicación severa que aparece tardíamente y es de difícil manejo requiriendo en muchos casos transfusiones sanguíneas. A pesar de la mejoría de la eficiencia de la oncología radioterápica, no se han encontrado fármacos que se muestren eficaces en la prevención de estas complicaciones. Actualmente, la terapéutica con plasma argón se muestra como la prueba principal en su tratamiento al ser sencilla, segura y eficaz. La instilación local de formalina al 4% puede ser eficaz en el control del sangrado persistente disminuyendo los requerimientos quirúrgicos.

**EL ANÁLISIS DE SANGRE OCULTA EN HECES CON UN TEST INMUNOLÓGICO
DE AGLUTINACIÓN EN LÁTEX ES UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO EFICAZ PARA
DETECTAR ADENOMAS AVANZADOS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON CÁNCER
COLORRECTAL.**

AZ Gimeno-García, A Parra-Blanco, D Nicolás, M. García, A Jiménez, M. Hernández, E Quintero. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

RESUMEN: Introducción: La colonoscopia es la prueba recomendada para el cribado del cáncer colorrectal (CCR) en población de alto riesgo, pero su eficacia está limitada por un bajo cumplimiento y su recomendación tiene una base empírica.

Objetivo: Comparar la eficacia de dos tests de sangre oculta en heces (SOH) con la colonoscopia para el cribado del CCR en población de alto riesgo.

Métodos: Se evaluaron 175 familiares de primer grado de pacientes con CCR. Se excluyeron 38 por antecedentes de CCR, sospecha clínica de neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, coagulopatía, cribado reciente para CCR o edad <40 años si el caso índice tenía >50 años. A todos se les ofreció colonoscopia y 2 tests de SOH: inmunológico de aglutinación en látex (OC-LIGHT®) y guayaco (HEMO-FEC®).

Resultados: Se incluyeron 137 familiares: 106 (77%) entregaron los tests de SOH y de estos, 86 (81%) se realizaron colonoscopia. Presentaron SOH(+)18/106 (17%) (18 con OC-LIGHT® y 1 con HEMO-FEC®). Presentaron pólipos 43/86 (50%) pacientes: 33/43 (77%) eran adenomas no avanzados y 10/43 (23%) adenomas avanzados (>1cm, vellosos o displasia grave). OC-LIGHT® detectó 9/10 (90%) de los adenomas avanzados mientras que HEMO-FEC® no detectó ninguno. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de OC-LIGHT® para detectar adenoma avanzado fue del 90%, 88%, 50% y 98% respectivamente. Un participante (5%) con OC-LIGHT®(+) rechazó la colonoscopia. No se detectó ningún CCR.

Conclusión: El cribado en una sola ronda mediante análisis de SOH con un test de aglutinación en látex detecta la mayoría de adenomas avanzados en familiares de pacientes con CCR.

UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS SERICOS DE SOBRECARGA FÉRRICA (FERRITINA E IST) EN EL DIAGNÓSTICO DE HEMOCROMATOSIS EN PACIENTES CIRRÓTICOS

M. Carrillo, A. Pardo, Y. Barrios*, J.A. Ortega, N. Hernández y E. Quintero
Servicio de Aparato Digestivo y Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Canarias

RESUMEN: Se recomienda el cribado de hemocromatosis hereditaria (HH) en los pacientes con hepatopatía crónica. En la cirrosis, sin embargo, es frecuente la alteración de los parámetros del hierro por otras causas.

Objetivo: Determinar la utilidad de los parámetros séricos de sobrecarga férrica (IST y ferritina) en el cribado de HH en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se estudiaron 410 pacientes cirróticos (edad 58 ± 12 años; 79% varones; 50% Child A, 12% Child C y 60% consumidores activos de alcohol) en los que se determinó ferritina sérica e IST. Se estableció como criterio de sospecha de HH la presencia simultánea de elevación de ferritina (>200 ng/ml en mujeres y > 300 ng/ml en varones) y de IST ($>45\%$). En los pacientes con sospecha de HH se determinaron las mutaciones principales del gen HFE (C282Y y H63D). Los criterios diagnósticos de HH fueron: homocigosidad para la mutación C282Y y/o índice de hierro hepático > 4.1 .

Resultados: 98 pacientes (24%) cumplieron criterios de sospecha de HH. El índice de Child (RR 1,41; IC 95% 1,25-1,56), el consumo activo de alcohol (RR 1,71; IC 95% 1,02-2,89) y la ausencia de hemorragia digestiva previa (RR 0,29; IC 95% 0,15-0,60) se identificaron como las variables con valor predictivo independiente para la presencia de sospecha de HH. Se alcanzó el diagnóstico de HH en 8 pacientes (6 homocigotos para C282Y y 2 con otros genotipos pero con IHH >4.1). Los pacientes con HH presentaron mejor función hepática que aquellos con criterios de sospecha sin HH (puntuación de Child 5 ± 1 frente a 8 ± 2 y puntuación de MELD 7 ± 3 frente a 15 ± 6 , respectivamente). No se observaron diferencias significativas en la proporción de pacientes con consumo activo de alcohol entre ambos grupos (50% frente a 74%, $p=0,2$). La sensibilidad, especificidad, VPN y VPP para HH del criterio de sospecha utilizado fueron de 100%, 78%, 100% y 8% respectivamente. El área bajo la curva ROC para ferritina sérica fue de 0,97 (IC 95% 0,96-0,99) y para IST de 0,90 (IC 95% 0,86-0,94) obteniéndose unos puntos de corte óptimos de 1240 ng/ml y de 60% respectivamente. Al considerar únicamente a los pacientes con consumo activo de alcohol las áreas bajo la curva ROC para ferritina e IST fueron de 0,98 (IC 95% 0,96-0,99) y de 0,92 (IC 95% 0,87-0,96) con unos puntos de corte óptimos de 1507 ng/ml y de 75% respectivamente.

Conclusiones: En la cirrosis, especialmente en presencia de insuficiencia hepática avanzada o consumo activo de alcohol, los criterios habituales de sospecha de HH son poco específicos. La presencia de HH en pacientes cirróticos es muy improbable con cifras de ferritina sérica e IST inferiores a 1.000 ng/ml y 60% respectivamente.

EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE DE PACIENTES CON SÍNDROME HEPATORRENAL TRATADOS CON TERLIPRESINA

Díaz Bethencourt D, Borque Barrera P, Aparicio Merchán F, Otero López-Cubero S, González Rodríguez A, Avilés Ruiz J.
Servicio de Aparato Digestivo. H. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

RESUMEN: Estudio retrospectivo de las historias de protocolo post-trasplante desde enero de 2000 a noviembre de 2005.

Objetivo: Evaluar la evolución después del trasplante hepático en los pacientes con síndrome hepatorenal previo que fueron tratados con terlipresina.

Método: Cinco pacientes fueron trasplantados tras desarrollo de Síndrome Hepatorrenal, 4 en nuestro centro y 1 en un centro de referencia con donante vivo. De estos sólo 4 recibieron terlipresina pretrasplante.

Resultados: Se describen las características de los enfermos, su situación pre-trasplante, así como la evolución post-trasplante tanto de la función renal como de las complicaciones.

INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL Y DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN EL DESARROLLO DE LA DISFUNCIÓN CIRCULATORIA POSTPARACENTESIS

Cruz A, Monescillo A, García E, Ruiz del Arbol L, Martínez F, Buceta E, Castellot A, Peñate M, Malo de Molina V, Saiz P, Jiménez E, Guevara C, Jorge M, Marrero JM, Sierra A. Servicio de Digestivo y Unidad de Radiología Vascular Intervencionista del Hospital Insular de Gran Canaria. Unidad de Hemodinámica Hepática del Hospital Ramón y Cajal. Estudio Co-Financiado con Beca de la SCPD.

OBJETIVO:

Conocer si existe un perfil hemodinámico basal o cambios hemodinámicos precoces inducidos por la paracentesis que caractericen a aquellos pacientes con disfunción circulatoria postparacentesis (DCPP) frente a aquellos que no desarrollan DCPP.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron consecutivamente 36 pacientes con cirrosis hepática y ascitis a tensión, ingresados en el Servicio de Digestivo del Hospital Ramón y Cajal (n=21) y en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Los criterios de exclusión fueron: niveles de bilirrubina mayor de 10 mg/dl; creatinina sérica mayor de 3 mg/dl; Índice de Quick menor del 40%; plaquetas menores de 40.000; hepatocarcinoma; enfermedad cardiaca, pulmonar o renal severa; no dar el consentimiento informado. Los pacientes permanecían al ingreso sin diuréticos y con dieta sin sal durante 5 días, se realizaron determinaciones analíticas habituales al ingreso y análisis del líquido ascítico. Al quinto día del ingreso se realizaba la extracción de actividad de renina plasmática (ARP) y posteriormente se realizaba estudio hemodinámico hepático y sistémico (n=21). Se realizaba paracentesis evacuadora total con medición de la presión intraabdominal (PIA) al inicio y final de la misma. Se realiza a la hora (n=21) de la paracentesis estudio hemodinámico sistémico y hepático. El expansor utilizado fue la poligelina a dosis de 8 g/l extraído, infundiendo la mitad de la dosis al final de la paracentesis y la otra mitad seis horas después. Al sexto día postparacentesis se realizó extracción de muestra para determinación de ARP. La definición de DCPP es la utilizada en Ginès et al, Gastroenterology 1996.

RESULTADOS:

Las características clínicas basales de los pacientes con DCPP (n=12) y No DCPP (n=24) fueron similares en cuanto función hepática, litros extraídos, excepto mayor insuficiencia renal basal en los que desarrollan DCPP. En cuanto a la hemodinámica hepática basal, los pacientes que desarrollaron DCPP tienen mayor presión intraabdominal (22 ± 4 cm H₂O vs 17 ± 5 cm H₂O, $p < 0.01$) presión suprahepática libre y enclavada, además de mayor GPVH basal: DCPP 21 ± 4 mm Hg vs 17 ± 4 mmHg, $p < 0.01$. No se observaron diferencias en los parámetros hemodinámicos sistémicos y de ARP entre ambos grupos. Se observa una mayor disminución de las RVS postparacentesis en los pacientes con DCPP: -23% vs -11% , $p < 0.03$ sin otros cambios significativos en gasto cardiaco, presión arterial media y frecuencia cardiaca. Los pacientes con DCPP presentan mayor descompresión abdominal que aquellos que no desarrollan DCPP: 17 ± 6 mm Hg vs 11 ± 7 mmHg, $p < 0.01$ persistiendo una mayor presión portal postparacentesis.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que desarrollan DCPP presentan un perfil hemodinámico basal y postparacentesis precoz caracterizado por un mayor grado de hipertensión y presión intrabdominal así como mayor vasodilatación arterial y descompresión abdominal.

COMUNICACIONES

EN

POSTER

CISTADENOMA HEPATICO. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL QUISTE HEPATICO: ESTUDIO DE 2 CASOS.

García-Moreno Nisa F., López Quindós P., García Teruel D., Lisa Catalán E., Arano Bermejo J., Nistal Palanca J.A.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: El cistadenoma hepático es un raro tumor hepático con gran tendencia a la recidiva y con potencial maligno, por eso el diagnóstico diferencial con el quiste simple es muy importante. En este trabajo se presentan dos casos estudiados en nuestro hospital en el año 2004.

Pacientes y métodos:

Paciente 1: Mujer de 52 años remitida a nuestro hospital desde otro centro para tratamiento quirúrgico de abscesificación de quiste hidatídico hepático tratado mediante drenaje percutáneo. Los estudios de función hepática fueron normales y las serologías frente a *aniskis* y *equinococcus* fueron negativas. En el estudio de TAC se observó una tumoración en lóbulo caudado, septado con probable afectación de la venas cava y porta inferior, informado como quiste hidatídico hepático complicado. Se realizó una laparotomía exploradora para drenaje del quiste y biopsia que es informada intraoperatoriamente como cistadenoma hepatobiliar, realizándose resección en bloque de la lesión previa disección meticulosa del hilio hepático. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Paciente 2: Mujer de 50 años que consultó por dolor costal derecho y masa en epigastrio e hipocondrio derecho de varios meses de evolución sin otra clínica acompañante. Como en el caso anterior todas las pruebas analíticas fueron normales y en el TAC se observaron múltiples quistes hepáticos el mayor de 20 cms informados como quistes simples. Se realizó laparotomía exploradora para biopsia encontrándose gran quiste loculado en lóbulo hepático derecho con contenido líquido (4100 cc) y múltiples quistes de pequeño tamaño en todo el hígado. Se realizó quistectomía total y fenestración de los quistes simples. La anatomía patológica demostró que era un cistadenoma hepático. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Conclusiones:

- La presentación clínica de esta patología es muy anodina haciendo muy difícil el diagnóstico clínico, siendo a veces necesaria la histología para el diagnóstico diferencial con los quistes hidatídicos y simples hepáticos.
- Las técnicas de imagen son muy importantes, sobre todo el TAC, ya que generalmente las pruebas funcionales hepáticas son normales.
- Se necesitan un estrecho seguimiento postquirúrgico del paciente dada su alta tendencia a la recidiva y potencial malignidad.

TUMORES CARCINOIDES GASTROINTESTINALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

García-Moreno Nisa F., García Teruel D., Gras Treviño M., Cabañero Sánchez A., Sánchez Picot S., de Juan Lerma A., Lavalle Echevarría J.A.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

RESUMEN: Introducción: Los tumores carcinoides gastrointestinales son tumores derivados de las células APUD (células argentafines situadas en la base de las criptas de la mucosa intestinal) descritos por primera vez por Kramer en 1930. Pueden localizarse en todo el tracto digestivo excepto el esófago, siendo más frecuentes en el intestino delgado (incluyendo el apéndice cecal).

Objetivos: Presentar la experiencia de nuestro hospital en esta patología en los últimos 4 años.

Pacientes y Métodos: Para el presente trabajo se han estudiado 16 pacientes entre 19 y 81 años intervenidos en nuestro hospital tanto de forma urgente como programada por esta patología en el periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2004. Todos los pacientes se intervinieron bajo anestesia general y se confirmó con anatomía patológica el diagnóstico. Se analizaron tanto la clínica de presentación, la intervención realizada así como la evolución postoperatoria.

Resultados: De los 16 pacientes estudiados, 8 fueron de forma programada y los otros 8 de forma urgente. Respecto a la localización, la más frecuente fue el apéndice cecal (6 casos), 3 en intestino delgado, 2 en colon, 2 gástricos y 3 rectales. En el primer grupo, hubo dos pacientes que presentaron tumores carcinoides en intestino delgado con clínica de síndrome carcinoide típico, realizándose una derivación ileosigmoidea y existían metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. 2 pacientes presentaban tumores gástricos que debutaron como hemorragia digestiva alta en un caso y como molestias inespecíficas en el otro, inicialmente fueron tratados de forma endoscópica y ante la ausencia de márgenes libres se les realizó una gastrectomía subtotal. Se realizó una resección hepática por metástasis en un caso de carcinoide colónico menor de 1 cm extirpado de forma endoscópica el año anterior y que debutó con rectorragia. De los 3 casos de tumores rectales, 2 presentaron episodios previos de rectorragia y uno de dolor pélvico inespecífico, realizándose 1 amputación abdominoperineal y 2 resecciones bajas, 1 de ellas asociada a resección hepática por metástasis. En los intervenidos de forma urgente, los 6 casos de localización apendicular se presentaron como apendicitis aguda, en sólo un caso fue necesario realizar una hemicolectomía derecha de forma programada por ser mayor de 2 cms. 2 casos debutaron como obstrucción intestinal siendo necesario realizar una intervención de Hartman en el de localización colónica y una resección ileocecal en el localizado en ileon terminal.

Conclusiones: -Los tumores carcinoides son lesiones poco frecuentes en el tracto gastrointestinal. Frecuentemente se localizan en intestino delgado y apéndice cecal, por lo que hay que prestar especial atención en pacientes mayores intervenidos por sospecha de apendicitis aguda.

- La resección endoscópica puede ser ineficaz tanto en el tratamiento local como de la enfermedad sistémica por lo que hay que hacer un seguimiento exhaustivo de los pacientes para detectar tanto recidivas como metástasis a distancia.

-Los tumores localizados en intestino delgado y colon pueden tener metástasis a distancia en el momento del diagnóstico condicionando así el tratamiento quirúrgico del tumor primario.

FÍSTULA TRAQUEOESOFAGICA DE ETIOLOGÍA TUBERCULOSA

V. Ortega*, J.C. Cabrera*, I. Llorca*, A. Muñoz#, J. Caminero°, B. Velázquez*, C. Guerra*

* Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de G.C. "Dr. Negrín".

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de G.C. "Dr. Negrín".

° Servicio de Neumología. Hospital Universitario de G.C. "Dr. Negrín".

Objetivo.- A propósito de un caso recibido por nuestro hospital, revisar la literatura respecto a la tuberculosis esofágica y más específicamente de la fístula traqueoesofágica de origen tuberculoso .

Método.- Revisión de la historia clínica del paciente y de la bibliografía más reciente sobre el tema.

Resultados.- La fístula traqueoesofágica adquirida es una entidad rara de etiología neoplásica, traumática o infecciosa. La tuberculosis esofágica es una manifestación infrecuente de esta enfermedad infecciosa. Las lesiones esofágicas suelen encontrarse en esófago medio y se atribuyen a adenopatías mediastínicas necrosadas. En la endoscopia observamos úlceras lineales profundas o una fístula traqueoesofágica. La clínica consiste en disfagia y tos crónica. El diagnóstico diferencial incluye al carcinoma esofágico y a la enfermedad de Crohn. La infección por VIH predispone al desarrollo de adenopatías tuberculosas infectadas, aumentando en estos pacientes la incidencia de tuberculosis esofágica. El tratamiento consiste en cuádruple terapia antituberculosa y cirugía en casos refractarios.

Conclusiones.-

1. La fístula traqueoesofágica secundaria a tuberculosis es una entidad infrecuente que requiere de alta sospecha diagnóstica.
2. La clínica más frecuente es disfagia y tos crónica presente en muchas ocasiones en paciente inmunodeficiente.
3. El tratamiento médico es efectivo en la mayoría de los pacientes, requiriendo los casos refractarios de cirugía.

CARCINOMA GÁSTRICO INDIFERENCIADO CON ESTROMA LINFOIDE

Hernández Barroso MJ, Padilla Quintana J, Palacios Fanlo MJ, Gamba Michel L, Del Pino Monzón JM, Moneva Arce E, Alonso González M, Soriano Benítez de Lugo A.
HU Ntra Sra de La Candelaria

RESUMEN: Objetivo: El cáncer gástrico es una enfermedad frecuente a nivel mundial, en la mayoría de los casos de pésimo pronóstico siendo una de las principales causas de muerte por neoplasia maligna. El carcinoma gástrico con estroma linfoide representa el 3,7 % de todos los carcinomas gástricos. Se observa con más frecuencia en pacientes de sexo masculino y predomina su localización proximal en el estómago. Se caracteriza histológicamente por un componente epitelial poco diferenciado, células neoplásicas de tipo sincitial, estroma linfoplasmocitario con polimorfonucleares eosinófilos y un ambiente Hodgkin-like. Es una variedad tumoral de mejor pronóstico en la forma pura al compararlos con formas mixtas o carcinomas sin estroma linfoide. Se ha descrito relación de estos tumores con infección por virus de Epstein-Barr (VEB), jugando un papel menos relevante el *Helicobacter pylori*. Nuestro objetivo es presentar un caso de carcinoma gástrico con estroma linfoide con probable relación con *H. pylori*.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente varón de 57 años de edad sin AP de interés que ingresa por HDA. EF sin hallazgos. Con el diagnóstico endoscópico y radiológico de GIST subcardial en curvatura menor se realiza exéresis en cuña de la lesión, cuyo estudio histológico revela un CARCINOMA INDIFERENCIADO CON ESTROMA LINFOIDE objetivándose la presencia de *H. pylori* en relación al tumor. Los bordes libres de resección fueron menores de 1 centímetro, decidiéndose realizar gastrectomía total con linfadenectomía D1 en un segundo tiempo dada la localización del tumor. Postoperatorio sin incidencias.

Resultados - Conclusiones

El adenocarcinoma gástrico con patrón del estroma linfoide es un tipo de tumor gástrico infrecuente, con mayor incidencia en varones y de localización preferentemente en áreas proximales del estómago. Por sus características histológicas peculiares y su pronóstico más favorable debe ser considerado un tipo especial dentro de los adenocarcinomas gástricos. El papel del VEB en este tipo de tumores es aún incierto, aunque su fuerte asociación con la infección por VEB sugiere una implicación etiopatogénica del virus en el desarrollo de esta neoplasia. Hay muy pocos casos publicados relacionando estas lesiones con el *H. pylori*, achacándose un papel menos frecuente en su etiología.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE: UNA RECURRENCIA QUE ENSEÑA

A Valenzuela Bossmeyer. Servicio digestivo, Clínica Oasis. Maspalomas. Gran Canaria.

Presentación: Paciente de 52 años con antecedente de AdenoCa colónico operada hace 15 años, que en los últimos 5 meses ha sido atendida en dos ocasiones por diarreas recidivantes con moco, sin sangre acompañada de cólicos en hipogastrio y tenesmo que finalmente obligó a una hospitalización por presentar además fiebre, gran afectación general con Leucocitosis (22.3 nL) y PCR muy elevado (31.1 mg/dl). Los cultivos de heces para Yersinia, Shigella, Clostridium difficile, Campilobacter y E Coli entero-hemorrágica) fueron negativos. Los diagnósticos colonoscópicos realizados fueron Rectosigmoiditis erosiva leve sin recidiva neoplásica (1,2) y Colitis inespecífica grave(3). Tras alta hospitalaria la paciente ingresa a nuestro centro con Mesalazina 3g/día y Metronidazol 1.2 g/día vía oral y nuevamente: nauseas, diarreas mucosas, tenesmo y cólicos en hipogastrio. Una anamnesis detallada informa sobre heces blandas /pastosas(2-3/día) desde hace 15 años y la ingesta de Ciprofloxacino antes del cuadro diarreico por una infección urinaria. Una nueva determinación de Toxinas para Clostridium difficile resulta ser positiva (4).Se indica Vancomicina, Saccharomyces bulardii El cuadro remite rápidamente tras esta terapia.

Discusión: El Clostridium difficile (Cd) es una bacteria gram positiva que forma esporas para su transmisión- fecal oral que le permiten persistencia en la flora intestinal. Sus Cito- toxinas A y B son responsables de la virulencia de la bacteria. La ingesta de antibióticos (5) la cirugía gastrointestinal y las sondas nasogástricas (6) suelen producir la infección por Cd después de un periodo de incubación de 4 – 6 o mas semanas (7,8).Los síntomas clínicos reproducen un cuadro infeccioso intestinal que puede evolucionar a Megacolon tóxico e íleo paralítico con perforación y peritonitis (8,9) sin embargo existen pacientes asintomáticos por la existencia de esporas en la flora intestinal que aseguran la recurrencia de los síntomas siempre y cuando haya un deterioro de la flora intestinal o del sistema inmunológico (10) Las citotoxinas, las enzimas hidrolíticas, las interleucinas y el factor de necrosis tumoral (TNF – alfa)del Cd. inflaman la mucosa intestinal “en parches” formando o no pseudomembranas que suelen observarse mediante colonoscopia. La sospecha clínica se ratifica casi siempre mediante técnicas de laboratorio para determinar citotoxinas A o B en heces (11)

El tratamiento de primera elección debe ser el metronidazol que se puede sustituir por vancomicina por vía oral si se observa resistencia, alergia o intolerancia.

A pesar del tratamiento correcto un 5-20% de los casos son recurrentes (10,12). En casos de colitis pseudomembranosa recurrente y en pacientes en los que los antibióticos sea de uso periódico, se ha propuesto la vancomicina en ciclos prolongados (4-6 semanas) de Vancomicina, vancomicina mas rifampicina o vancomicina y una resina de intercambio aniónico (Colestiramina, Colestipol) que fije las toxinas del Cd. algunas horas antes de la ingesta de antibióticos. Al parecer la administración de probioticos del tipo Saccharomyces bulardii y lactobacilos inhiben el crecimiento de Clostridium difficile (13)

Conclusiones: Una anamnesis detallada con la interrogación específica sobre la ingesta antibiótica previa al cuadro diarreico y una nueva determinación de Citotoxinas AB para Clostridium difficile habría ahorrado al paciente cinco meses de dolor, un ingreso hospitalario y dos colonoscopias.

PREBIÓTICOS Y PROBIÓTICOS EN EII: EVIDENCIA CIENTÍFICA

D. Ceballos*, C. Guerra*

* Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de G.C. "Dr. Negrín".

Objetivo.-

Revisar la evidencia científica sobre el empleo de agentes probióticos, productos prebióticos y combinaciones de ambos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Método.-

Análisis y revisión de la bibliografía más reciente sobre el empleo de microorganismos vivos con actividad no patógena e ingredientes no digeribles que promueven selectivamente el crecimiento y actividad microbiana en el tratamiento de pacientes con EII o en animales de laboratorio con modelos de enfermedad similares.

Resultados.-

La microflora intestinal presenta tres funciones de significativa importancia para el huésped: defensivas (prevención de ocupación por patógenos), tróficas (maduración y diferenciación celular, expresión génica, activación del sistema inmune) y metabólicas (recuperación de energía en forma de AGCC, vitaminas K, B1, B2, B6, B12 y absorción de cationes Ca, Mg, y Fe).

Además, en la patogenia de la EII se han implicados factores microbiológicos como la respuesta inmune exagerada a la flora habitual, la hipótesis de la higiene (mayor incidencia en sociedades del primer mundo) y la evidencia de modulación por ciertas bacterias de la respuesta inflamatoria *in vitro*.

Es lógico pensar que el uso de ciertos microorganismos también puede modificar *in vivo* la evolución natural de la enfermedad de Crohn (EC) y de la colitis ulcerosa (CU).

Se presentan los resultados de los estudios científicos al respecto en modelos animales (ratones con déficit de IL-10, ratas expuestas a sulfato de dextrano sódico [DSS] y trinitrobenzenosulfónico [TNBS]) y pacientes afectados de EII.

Conclusiones.-

El empleo de prebióticos y probióticos en la EII se ha de circunscribir a las siguientes recomendaciones:

Grado A (nivel de evidencia 1)

- Prevención de la reservoritis.

- Mantenimiento de la remisión.

Grado C (nivel de evidencia 3)

- Mantenimiento de la remisión en CU (*E. coli* Nissle 1917)

Grado D (nivel de evidencia 4)

- Mantenimiento de la remisión en EC (*E. coli* Nissle 1917, VSL#3)

NEOPLASIA DE ESÓFAGO CERVICAL: DIAGNÓSTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA

V. Malo de Molina¹; P. Junquera²; D. Cubillo²; R. Fuentes²; M. Peñate¹; JM Marrero¹

Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

INTRODUCCION

El cáncer de esófago es una neoplasia poco frecuente. El 95% corresponden a dos tipos histológicos, el epidermoide y el adenocarcinoma. En fases iniciales los síntomas son frecuentemente escasos e inespecíficos, apareciendo en etapas tardías la disfagia progresiva a sólidos y la pérdida de peso. Cuando aparecen síntomas el 75% de las neoplasias se encuentren localmente avanzadas y el 70% presenten adenopatías, lo que le confiere un mal pronóstico. El diagnóstico se basa en la clínica y en las pruebas de imagen confirmándose con el estudio anatomopatológico. La endoscopia convencional es la prueba por excelencia ya que además de la visión directa del esófago permite la toma de biopsias para el estudio histológico. En nuestro medio se suele utilizar de manera rutinaria el CT cervicotoracoabdominal para el estudio de extensión, aunque cada vez la ecoendoscopia es más utilizada.

CASO CLINICO

Varón de 47 años, fumador de 40 cigarrillos/día, exbebedor de más de 80 gramos de alcohol/día hasta hace 6 meses. Es remitido desde la consulta de Cirugía Maxilofacial a la sección de Ecografía del Servicio de Radiodiagnóstico para valoración de adenopatías cervicales con estudio citológico previo negativo. Se realiza ecografía cervical en la que se observan adenopatías de características malignas (redondeadas, hipoecoicas, sin delimitarse el hilio) así como engrosamiento de la pared del tercio superior esofágico que llega a alcanzar un diámetro de 2 centímetros. Se biopsia una de las adenopatías y se historia al paciente, quien refiere pérdida de peso y disfagia progresiva a sólidos en los últimos 6 meses. Con la sospecha ecográfica y clínica de neoplasia esofágica se realiza ese mismo día un tránsito esofagogastroduodenal que demuestra una lesión mucosa estenosante maligna de 8 centímetros de longitud en tercio superior de esófago. El estudio anatomopatológico de la adenopatía confirma un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Se realiza estudio de extensión con CT cervicotoracoabdominal que demuestra afectación de la cadena yugulocarotídea izquierda e infiltración del espacio prevertebral. El paciente inicia tratamiento quimioterápico con taxotene y tras respuesta al mismo, está actualmente recibiendo radioterapia externa, quedando pendiente una nueva valoración tras finalización de la misma.

DISCUSION

Existen muy pocos estudios en la literatura que evalúan el papel de la ecografía cervical en el cáncer de esófago. La mayoría de ellos se centran en su valor como técnica para el estudio de extensión, y sólo unos pocos trabajos valoran su papel en el diagnóstico de la neoplasia, algunos como técnica de cribado en población general y otros en sujetos con factores de riesgo o sospecha de patología a este nivel. La particularidad de este caso es que en nuestro paciente se llegó al diagnóstico por los hallazgos ecográficos, técnica poco frecuente en nuestro medio para el diagnóstico de neoplasia de esófago, y que se confirmó posteriormente en el estudio baritado. Además no fue necesaria la realización de endoscopia ya que el estudio anatomopatológico se obtuvo por punción de las adenopatías laterocervicales.

NEUMONITIS INTERSTICIAL SECUNDARIA A 6 MERCAPTOPURINA

V. Malo de Molina, M. Hernández *, J. Rodríguez **, M. Peñate, P. Sáiz, N. Hernández, JM. Marrero

*Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. ** Servicio de Dermatología. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

El 15 % de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que reciben azatioprina (AZA) o 6-mercaptopurina (6 MP) desarrollan efectos secundarios, pero sólo el 10% interrumpen el tratamiento, generalmente en las primeras cuatro semanas. La mayoría de estos efectos adversos son náuseas, vómitos y malestar. Otros más severos y menos frecuentes se pueden dividir en cuatro grupos: dosis dependiente como la depresión de la médula ósea o la hepatotoxicidad; idiosincrásicos o dosis independiente como la pancreatitis, reacciones alérgicas (fiebre, rash) o la neumonitis; infecciones por inmunodepresión y a largo plazo desarrollo de neoplasias.

Presentamos el caso de una paciente EII tipo colitis ulcerosa, corticodependiente, que desarrolló una neumonía intersticial secundaria a toxicidad por 6 MP.

CASO CLINICO

Mujer de 34 años de edad, diagnosticada en el año 2000 de proctitis ulcerosa en tratamiento con corticoides tópicos y 5-ASA. En agosto de 2004 presenta un brote objetivándose en la endoscopia extensión a colitis izquierda comenzando entonces con corticoides orales. Ante la imposibilidad de suspenderlos inicia tratamiento inmunosupresor con azatioprina en marzo 2005. Por intolerancia digestiva a la misma, en mayo 2005 se sustituye por 6 MP a dosis de 125 mg al día, consiguiéndose reducir la prednisona de 40 a 5 mg diarios a finales de julio, momento en el que comienza con candidiasis oral y acrocianosis con parestesias en manos y pies, y que tras consultar con el servicio de dermatología, dichas lesiones son atribuidas a una posible toxicidad por 6 MP. El 10 de agosto suspende dicho fármaco y mejoran las lesiones cutáneas y las parestesias. A las 48 horas de la interrupción del inmunosupresor comienza con tos seca, fiebre de hasta 39° C, intensa astenia y disnea progresiva, por lo que acude al servicio de urgencias hospitalario. En la radiografía tórax se objetiva una afectación intersticial bilateral, y en la analítica destaca una linfopenia absoluta de 240 células/mm³, hipoxemia y aumento de LDH, quedando ingresada con la sospecha de neumonía intersticial en paciente inmunodeprimida. Aunque inicialmente se planteó como primera posibilidad una neumonía intersticial secundaria a 6 MP, además de los corticoides a dosis elevadas, se inició tratamiento con cotrimoxazol y levofloxacino para cubrir *Pneumocystis carinii* y microorganismos atípicos debido al estado de inmunosupresión que presentaba la paciente, la linfopenia y el aumento de la LDH. La espectacular e inmediata mejoría clínica y radiológica con los corticoides así como la presencia de eosinofilia en el lavado broncoalveolar sugieren fuertemente el origen medicamentoso del cuadro como primera posibilidad.

DISCUSIÓN

La neumonitis es un raro efecto adverso de los tiopurínicos, y la mayoría de los casos recogidos en la literatura se describen en trasplantados alogénicos, generalmente renales, en tratamiento con AZA, no habiéndose registrado ningún caso secundario a la 6 MP en pacientes con EII. El intervalo de dos meses entre el inicio del tratamiento con 6 MP y la aparición de la acrocianosis, las parestesias acras y la neumonitis se explica por el hecho de que la paciente estaba recibiendo concomitantemente dosis elevadas de corticoides y no se pudieron poner de manifiesto hasta que la dosis de los mismos no fuesen lo suficientemente bajas.

En los pacientes con EII, ante una clínica poco frecuente, además de las manifestaciones extraintestinales, siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de efectos secundarios o toxicidad medicamentosa.

INTERFERÓN PEGILADO + RIBAVIRINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VHC NO RESPONDEDORES.

P.Saiz, E.Jiménez, N.Hernández, V.Malo de Molina, M.Jorge Juan, A.Monescillo , JM Marrero.

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN: Desde la aparición del Interferón estándar (IFN), el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C (HCC) ha evolucionado notablemente en los últimos diez años , de forma que el tratamiento de elección hoy en día – Interferón Pegilado (IFNPEG) + Ribavirina (RBV) – consigue tasas de respuesta sostenida de hasta un 80% en pacientes tratados por primera vez. Sin embargo, a medida que esto sucede, va aumentando de forma significativa la proporción de enfermos con HCC que no respondieron a tratamientos previos y que forman un grupo seleccionado de pacientes con mal pronóstico, mayor probabilidad de enfermedad progresiva y con un manejo terapéutico que permanece aún sin definir.

OBJETIVOS: Conocer la respuesta virológica en nuestro medio al tratamiento con IFNPEG + RBV en pacientes con HCC no respondedores a tratamiento previo con IFN en monoterapia o combinado con RBV.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo – retrospectivo en el que se incluyó a 15 pacientes adultos diagnosticados de HCC que habían sido tratados previamente con IFN aislado o en combinación con RBV durante un mínimo de 24 semanas , en los que persistía detectable el ARNVHC en suero y que iniciaron retratamiento en nuestro Hospital con IFNPEG+RBV durante los años 2002 – 2005. Todos los pacientes fueron tratados con IFNPEGa2a (dosis 180ug/s vía s.c.) o bien IFNPEGa2b (dosis 1,5 ug/kg/s vía s.c.) asociado a RBV en dosis ajustada a peso repartida en dos tomas vía oral. Se realizó análisis cualitativo del ARNVHC a las 24 semanas , suspendiendo el tratamiento en los que resultara positivo y continuando hasta la semana 48 en los que fuera negativo. Se consideró como Respuesta Viroológica Sostenida (RVS) la negativización del ARNVHC al finalizar el tratamiento y tras seis meses de seguimiento posterior. La suspensión precoz del tratamiento fue considerada como fallo terapéutico (no RVS) . En el momento en el que se realizó este estudio 7 de los 15 pacientes no habían finalizado aún el tratamiento, motivo por el que fueron excluidos del análisis de eficacia.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes fueron hombres (73%), mayores de 40 años (73%), con un peso < 75 kg (67%), con genotipo viral 1 (73%), carga viral elevada (70%) , estadio de fibrosis hepática mínimo o moderado (75%) y transaminasas basales elevadas (100%).En el estudio de eficacia, analizando la respuesta en 8 de los 15 pacientes, se encontró que 5 finalizaron el tratamiento como estaba previsto y de ellos , sólo 2 presentaron Respuesta al Final del Tratamiento (RFT). Estos dos pacientes consiguieron negativizar el ARNVHC tras seis meses de seguimiento posterior , por lo que la tasa global de RVS fue del 25%. Si se analizan las diferencias basales entre los pacientes que presentaron una RVS y los que no lo hicieron, se observa que en los pacientes no respondedores era más frecuente el genotipo 1, una carga viral elevada y fibrosis hepática avanzada, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. Todos los pacientes que presentaron respuesta sostenida eran no respondedores a tratamiento previo con IFN en monoterapia mientras que el 67% de los que no lo consiguieron eran no respondedores a tratamiento previo con IFN+RBV. No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de respuesta a tratamiento previo (no respondedores puros o recidivantes). La proporción de pacientes en los que hubo que reducir la dosis de RBV fue mayor entre los que no respondieron (50%) que en los que sí lo hicieron (0%).

CONCLUSIONES: En nuestro medio, el retratamiento con Interferón Pegilado y Ribavirina consigue tasas de Respuesta Viroológica Sostenida del 25% en pacientes no respondedores a tratamiento previo con IFN, coincidiendo con los resultados descritos en la literatura .El genotipo1, una carga viral elevada, fibrosis avanzada, tratamiento previo con IFN y RBV y dosis subóptimas de RBV fueron más frecuentes en los casos de No Respuesta Sostenida.

MALFORMACIÓN DE ABERNETHY. A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz D, Borque P, Borja E, Pérez F, Morales S, Avilés J. Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

INTRODUCCIÓN.-

La Malformación de Abernethy o Shunt Portocava Extrahepático Congénito (SEPC) es una malformación congénita rara (61 casos descritos en la literatura) en la que se produce una anastomosis entre el sistema portal y la circulación sistémica –más frecuentemente la vena cava inferior-. Su importancia clínica deriva de su asociación con otras malformaciones, fundamentalmente cardíacas y hepáticas, y del posible desarrollo de encefalopatía hepática. Se describen dos tipos (1 y 2) según esté ausente o no la vena porta intrahepática.

CASO CLÍNICO.-

Paciente varón de 27 años diagnosticado 17 años antes de hepatitis crónica C y tratado con interferón durante 1 año. Ahora consulta por persistencia de la alteración del perfil hepático, pero el RNA-HCV es negativo. De sus antecedentes personales destacar cirugía cardíaca por CIA tipo ostium secundum en 1986, alteraciones congénitas en costillas y cuerpos vertebrales dorsales, linfedema crónico de MMII, ginecomastia de causa no aclarada por la que fue sometido a mastectomía, hipoacusia neurosensorial, hipotiroidismo, obesidad mórbida y síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis tipo I.

Asintomático y sin hallazgos destacables en la exploración física salvo la obesidad. De la analítica destacar: leve elevación de GPT, RNA-HCV negativo y otros estudios de hepatopatía negativos. En 1996 se le había realizado una biopsia hepática con cambios mínimos.

Acude a revisión en consulta con una ecografía en la que se observa un hígado pequeño y no se logra visualizar la porta. Por este motivo se realiza TAC en el que se observan múltiples lesiones focales hipodensas que en el contexto clínico del paciente se informan como sugestivas de hepatocarcinoma; no se observa porta a nivel del hilio hepático sugiriéndose el diagnóstico de shunt portocava extrahepático.

DISCUSIÓN.-

El SEPC es una malformación rara cuyo diagnóstico es importante dadas sus posibles consecuencias clínicas. Es especialmente necesario conocer las malformaciones a las que se asocia dada la trascendencia terapéutica de su diagnóstico. Se han descrito tumores hepáticos, tanto benignos como malignos, en asociación al shunt.

Debe determinarse el tipo de shunt pues, dependiendo de la presencia o ausencia de vena porta intrahepática, puede o no hacerse una reconstrucción quirúrgica.

**RECIDIVA HEPATOPATIA VIRUS C POSTRASPLANTE. TRATAMIENTO DE
MANTENIMIENTO EN FORMAS AGRESIVAS: A PROPOSITO DE UN CASO.
Borja P., Borja E., Pérez Hdez F., Moreno A, González A., Avilés JF**

INTRODUCCIÓN.-

La recidiva del VHC en el postrasplante hepático es prácticamente universal. La forma de manifestación de esta recidiva puede oscilar entre formas leves de lenta evolución con mínima elevación de las transaminasas a formas muy agresivas –hepatitis colestásica fibrosante- que lleva a la cirrosis y a la pérdida del injerto en menos de un año¹.

El tratamiento precoz postrasplante podría servir para prevenir el daño histológico pero es difícilmente aplicable en estos pacientes, por lo que en la práctica clínica el tratamiento suele iniciarse una vez demostrada la recidiva histológica de la hepatitis.

Actualmente el tratamiento más eficaz combina interferón –los mejores resultados se han obtenido con la forma pegilada- y ribavirina². No obstante, la tasa de respuesta es inferior a la conseguida en la población no trasplantada.

CASO CLINICO.-

•Varón 37 años, sometido a **Transplante hepático en Febrero 2002**, por cirrosis hepática VHC, en estadio funcional C de Child. Presentó como *complicaciones en el postrasplante inmediato*: Hepaticoyeyunostomía, por fuga biliar anastomótica. ACV cardioembólico tras parada cardiorrespiratoria en UMI. Neumonía nosocomial, resuelta. Diabetes mellitus, HTA e IR postrasplante.

•Al alta el paciente se encuentra asintomático, con buena evolución clínica y analítica, presentando **disfunción leve del injerto de predominio colestásico**.

•**Dos meses después del trasplante, el paciente presenta deterioro de la función del injerto, de predominio colestásico, mantenida en los meses siguientes, por lo que se realizan biopsias hepáticas seriadas y seguimiento analítico.**

•Aunque inicialmente las biopsias ya sugieren posible **recidiva del virus C**, se plantea diagnóstico diferencial, fundamentalmente con isquemia (abril 2002) y rechazo celular (mayo 2002). Finalmente, con la firme sospecha de recidiva VHC se decide iniciar tratamiento con *Interferón pegilado y ribavirina* (agosto 2002). La respuesta clínica y bioquímica inicial es excelente, pero por falta de respuesta virológica y neutropenia severa se decide suspender el tratamiento (febrero 2003).

•Tras la suspensión del tratamiento se produce una colestasis rápidamente progresiva con aparición de prurito severo; una nueva biopsia hepática sugiere nuevamente la recidiva VHC pero plantea diagnóstico diferencial con obstrucción biliar extrahepática que se descarta con pruebas de imagen (colangiografía por RMN). Se reintroduce el tratamiento antiviral produciéndose nuevamente una rápida mejoría analítica con desaparición completa de la sintomatología. Sin embargo, la determinación de la viremia a los 6 meses vuelve a demostrar la ausencia de respuesta virológica. La biopsia muestra grado avanzado de fibrosis P3L3F3 (octubre 2003) y el paciente ingresa por descompensación hidrópica. Se decide suspender la *ribavirina*, pero mantener el **Interferon pegilado**, a dosis baja, como **tratamiento de mantenimiento**.

•Tres años después del THO, el paciente se mantiene anictérico, asintomático y con alteración no progresiva de las enzimas hepáticas.

DISCUSIÓN.-

La estrategia terapéutica en los trasplantados con recidiva del VHC incluye intentar erradicar el virus, y, cuando esto no es posible, y basándonos en la eficacia antifibrótica del interferón, evitar la progresión de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones de la hipertensión portal mediante un tratamiento de mantenimiento. Esta última estrategia ha demostrado su utilidad incluso en pacientes no respondedores, especialmente en aquellas formas rápidamente progresivas³, con estabilización de la actividad inflamatoria y la progresión de la fibrosis⁴.