



XII REUNIÓN EXTRAORDINARIA
asturgalaica
de
patología digestiva

COMITÉ DE HONOR

EXCMO. SR. D. VICENTE ÁLVAREZ ARECES
Presidente del Principado de Asturias

ILMO. SR. D. GABINO DE LORENZO FERRERA
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Oviedo

EXCMO. SR. D. JUAN VÁZQUEZ GARCÍA
Magnífico y Excmo. Sr. Rector de la Universidad de Oviedo

ILMO. SR. D. RAFAEL SARRIEGO GARCÍA
Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

ILMA. SRA. Dña. CARMEN RODRÍGUEZ MENÉNDEZ
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

EXCMO. SR. D. EDUARDO GONZÁLEZ MENÉNDEZ
Presidente de la Real Academia de Medicina

ILMO. SR. D. SERGIO GALLEGO RIESTRA
Director Regional del INSALUD

ILMO. SR. D. ENRIQUE MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
Decano de la Facultad de Medicina de Oviedo

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Prof. Enrique Martínez

VOCALES

Dr. Juan de la Vega (Avilés)

Dr. José Ignacio Jorge (Avilés)

Dr. Adolfo Suárez (Gijón)

Dr. Raul Álvarez Obregón (Gijón)

Dr. Sabino Riestra (Sama)

Dr. Dionisio Valverde (Sama)

Dr. Ángel Trelles (Jarrio)

JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD ASTURIANA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

PRESIDENTE

José E. Granero Trancón

VICEPRESIDENTA

Carmen Álvarez Navascués

SECRETARIA

Lourdes Sanz Álvarez

VICESECRETARIA

Rosa María García López

TESORERO

José Antonio Fernández Fernández

VOCALES

Guillermo Gómez Álvarez
Faustino Pozo Fidalgo
José Ignacio Rodríguez
José Manuel Llera Fueyo
María Dolores Martínez Torres
Adolfo Suárez Gonzalez
Manuel Crespo Sánchez
María Eugenia Lauret Braña
Valle Cadahia Rodrigo
Gonzalo Díaz Álvarez

JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD GALLEGA PATOLOGÍA DIGESTIVA

PRESIDENTE

Adolfo Rey Seijo

VICEPRESIDENTE ELECTO

Juan Clofent Vilaplana

VICEPRESIDENTE

Manuel Bustamate Montalvo

SECRETARIO

Enrique Domínguez Muñoz

VICESECRETARIO

Manuel Barreiro Acosta

TESORERO

Javier Baltar Boileve

VOCALES

José Antonio Abril Banet (Ferrol)

José Fraguela Marina (Coruña)

Rogelio Conde Freire (Santiago)

María Luisa de Castro Parga (Vigo)

Santiago Soto Iglesias (Lugo)

José Manuel Domínguez Carrera (Orense)

Elías Domínguez Comesaña (Pontevedra)

VOCALES DE LIBRE ELECCIÓN

Lucía Dancausa Martín (Ferrol)

Ernesto Toscano Novella (Vigo)

VOCAL RESIDENTES

Sara López (Coruña)

PÁGINA WEB

Ángel Lancho Seco (Lugo)

DIRECTOR PUBLICACIONES

Manuel Díaz del Río Botas (Ferrol)

PROGRAMA

Viernes, 15 de octubre

- 15.30 Entrega de documentación
- 16.00 Presentación comunicaciones
- 17.00 Inauguración Oficial
- 17.15 Mesa Redonda 1
Obesidad Alternativas Terapéuticas
MODERADORES *Prof. E. Martínez. Oviedo*
Dr. Toscano. Vigo
1. Valoración previa. *Dra. Enterría. Oviedo*
 2. Cirugía abierta. *Dr. Machuca. Coruña*
 2. Laparoscopia. *Dr. Martínez-Blázquez. Vitoria*
 3. Técnicas Endoscópicas. *Dr. Díaz. Oviedo*
- 19.15 Descanso
- 19.45 Conferencia 1
Aportaciones de la cápsula endoscópica a la Patología Digestiva
Dr. Pérez Piqueras. Madrid
- 20.45 Finalización primera jornada
- 21.30 Cena Oficial (Plaza de Trascorrales)

Sábado, 16 de octubre

- 9.00 Presentación de comunicaciones
- 10.00 Mesa Redonda 2
Complicaciones del trasplante hepático
MODERADORES *Dr. Rodrigo. Oviedo*
Dr. Gómez. Coruña
1. Complicaciones metabólicas.
Dr. Delgado. Santiago
 2. Resistencia a virus C.
Dra. González-Diéguez. Oviedo
 3. Complicaciones quirúrgicas del trasplante.
Dr. Pinto. Oviedo
- 12.00 Descanso
Asamblea Sociedad Gallega Patología Digestiva
SALA VERDE
- 12.30 Conferencia 2
Estándares de calidad en la cirugía del cáncer de recto
Dr E. Casal. Vigo
- 13.30 Clausura de la Reunión

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS EDENOCARCINOMAS DE ESÓFAGO Y CARDIAS	17
VÍA LAPAROSCÓPICA EN LA HERNIA HIATAL. 18 EXPERIENCIA DEL ÁREA III DE ASTURIAS	18
HERNIAS INGHINOCRURALES INCARCERADAS: PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA	19
ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN EL PROCESO COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	20
SITUACIÓN ACTUAL DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORRECTAL EN ASTURIAS	21
EFICACIA DE LA CPRE EN EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN UNA SERIE RECIENTE DE CASOS	25
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ASTURIAS EN EL AÑO 2003	26
PROBABILIDAD DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) EN RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA SEVERA (PC) ..	28
PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA(PAAF) GUIADA POR ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE):EVALUACIÓN DE SU EFICACIA DIAGNÓSTICA	30
APLICACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA(USE) EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER DE PÁNCREAS:ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL TAC HELICOIDAL USADO LA PIEZA QUIRÚRGICA COMO PATRÓN ORO	31

ESTUDIO SOBRE EL TACROLIMUS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	35
ABORDAJE TERAPEUTICO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR POR VIA PECUTANEA: INYECCIÓN INTRATUMORAL DE ETANOL Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA. COSTE ECONÓMICO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VHC EN EL ÁREA DE AVILÉS	37
COSTE ECONÓMICO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL VHC EN EL ÁREA DE AVILÉS	39
INFECCIÓN CRÓNICA POR EL GENOTIPO 4 DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C(VHC):COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN UN AREA DE GALICIA .	40
EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA:EVALUACIÓN DE RESPUESTA MEDIANTE EL TEST DE ALIENTO OPTIMIZADO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS CON 13C	42
LAS MUTACIONES EN EL GEN NOD2 PUEDEN PREDECIR LA CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN	47
ENFERMEDAD DE CROHN APENDICULAR	49
ANALISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 154 PACIENTES CON COLITIS ISQUÉMICA	51
USO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE A.P DEL AREA SUR DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA(ASP) RESPECTO A LA GPC SOBRE DISPERSIA (GPC-D) DE LA AEG, SEMFYC,CCI.	52
EXPRESIÓN Y SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE CD44v5 Y CD44v6 EN CANCER COLORRECTAL RESECABLE	54
POSTERS	
LIPOSARCOMA PLEOMORFICO PERITONEAL	57
GIST DE LOCALIZACIÓN DUODENAL	58
CARCINOMA EPIDERMOIDE DE ANO EN PACIENTE VIH	59
PSEUDOMIXOMA PERITONEAL	60
INVAGINACIÓN ILEOCECAL	61

RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON HERNIAS EXTERNAS INCARCERADAS: RIESGO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA	62
VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR.APROPOSITO DE UN CASO	64
ILEO BILIAR COLÓNICO. PAPEL DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO	65
PERFORACIÓN IATRÓGENA DE COLON.MANEJO ENDOSCÓPICO MEDIANTE CLIPS .	67
ABSCESO Y FASCITIS GLUTEA	68
LINFANGIOMA QUISTICO	69
LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL	71
MUCOCELE APENDICULAR	73
OBSTRCCIÓN INTESTINAL POR ANISAKIASIS DIGESTIVA	75
LINFOMA TIPO MALT DE YEYUNO	76
VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA GPC SOBRE DISPEPSIA(GPC-D) DE LA AEG, SEMFYC, EN LOS MEDICOS DE A.P DEL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA(ASP)	77
TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR MEDIANTE ABLACIÓN TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA: RESULTADOS INICIALES	79
EROSION AORTOENTÉRICA SECUNDARIA	81
RENDIMIENTO DE UNIDAD ENDOSCÓPICA EN HOSPITAL COMARCAL	82
FENESTRACIÓN DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE HEMORRÁGICO POR VIA ENDOSCÓPICA	83
FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD Y CIRUGÍA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON COLITIS ISQUÉMICA	84
SIGNIFICADO CLINICOPATOLOGICO DE LAS CONCENTRACIONES CITOSÓLICAS DE CATEPSINA D EN EL CANCER GÁSTRICO	85
AINES E INGRESO HOSPITALARIO:ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL	86
CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE LA ESGE PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ASTURIAS	88

EXPRESIÓN DE CD44s EN CANCER COLORRECTAL Y EN MUCOSA SANA CIRCUNDANTE	89
INDICACIONES DE LA ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN LA PRÁCTICA CLINICA	90
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PUNCIÓN PERCUTÁNEA ECODIRIGIDA	91
ENFERMEDAD DE WHIPPLE	92
PRÓTEXIS AUTOEXPANDIBLES EN CANCER COLORRECTAL	93
DESARROLLO DE LA CPRE EN UN HOSPITAL COMARCAL	94
LA TÉCNICA DE RENDEZ-VOUS EN VIAS BILIARES	95

COMUNICACIONES

VIERNES, 15 DE OCTUBRE

16,00 h.
Salón de Actos

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ADENOCARCINOMAS DE ESÓFAGO Y CARDIAS

Del Valle Ruiz S, Sanz Alvarez L, Alvarez Laso C, Azcano González E, Alvarez Blanco M, García Bernardo C, Carles Sicilia E, González González JJ, Navarrete Guijosa F, Martínez Rodríguez E.

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN:

El adenocarcinoma de esófago y cardias es el tumor digestivo que más ha aumentado su incidencia en los últimos años. Revisamos nuestra experiencia en su tratamiento quirúrgico.

PACIENTES Y METODOS:

Entre enero de 1987 y diciembre de 2002, atendimos 111 pacientes con adenocarcinomas de esófago y cardias. 71 (64%) fueron candidatos a exéresis y son el objeto de este estudio. La localización tumoral fue: tercio medio esofágico 1, tercio inferior 30 y cardias 40. Analizamos los resultados del tratamiento quirúrgico en términos de morbilidad postoperatoria y supervivencia.

RESULTADOS:

La intención de la exéresis fue curativa en el 60.6% de los casos (43 pacientes). la vía de resección más utilizada fue el abordaje combinado tipo Ivor Lewis 46 casos (64.8%). El estadio tumoral fue: I= 6 (8.5%), IIA= 11 (15.5%), IIB= 10 (14.1%), III= 20 (28.2%) y IV= 24 (33.8%). 43 pacientes (60.6%) sufrieron algún tipo de complicación postoperatoria. Las más importantes fueron: neumonía 11, insuficiencia respiratoria 4, fístula anastomótica 16, empiema 1, quilotorax 1. Fallecieron en el postoperatorio 8 pacientes (11.3%) fundamentalmente por problemas pleuropulmonares.

La supervivencia global de la serie a 1,3 y 5 años fue del 66%, 22% y 14% respectivamente con una mediana de 19.6 meses. Los factores con influencia en la supervivencia fueron: resección R0 ($p=0.006$), estadio tumoral ($p=0.0006$), adenopatías negativas ($p=0.01$). La localización en esófago frente a cardias es ligeramente más favorable (mediana de supervivencia 25 frente a 19 meses). La vía de resección utilizada no influye en la supervivencia. La única variable con significación pronóstica independiente sobre el pronóstico a largo plazo fue el estadio tumoral ($p=0.001$).

CONCLUSIONES:

El adenocarcinoma de esófago y cardias es un tumor cuyo tratamiento quirúrgico conlleva alta morbilidad postoperatoria. La supervivencia depende del estadio tumoral al diagnóstico, sin afectarse por la técnica quirúrgica o la localización tumoral.

VÍA LAPAROSCÓPICA EN LA HERNIA HIATAL. EXPERIENCIA DEL ÁREA III DE ASTURIAS.

Baldonado Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, García Bear I, Truán Alonso N.
Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés

Introducción:

Se presenta la experiencia del Servicio de Cirugía General del Hospital San Agustín de Avilés con la vía laparoscópica para la reparación quirúrgica de la hernia hiatal. Dicha técnica ha sido aceptada y paulatinamente implantada en la mayoría de los servicios quirúrgicos como tratamiento de elección del reflujo gastroesofágico.

Material y Métodos:

Revisión retrospectiva de 59 pacientes intervenidos de hernia hiatal, con ingreso consecutivo, desde marzo del año 2000 hasta mayo de 2004, ambos inclusive. Se valoraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de hernia, clínica, indicación de la cirugía, técnica quirúrgica y curva de aprendizaje, morbilidad postoperatoria, estancia hospitalaria y seguimiento.

Resultados:

Del total de pacientes, 42 (71,2%) eran hombres y 17 (28,8%) mujeres. La edad media era de 44,7 años (rango: 21-74), con una media superior en las mujeres (53,6) respecto a los hombres (41,4) ($p < 0.001$). La indicación operatoria fue por reflujo y pirosis en 43 casos (72,8%), esófago de Barret en 12 (20,3%) y dolor y/o accesos de tos en 4 (6,7%). En todos los casos se practicó cierre de pilares, asociando Nissen corto en 44 (74,6%), Toupet en 8 (13,6%) y Dor en 6 (10,2%). En un caso fue necesario colocar malla de Goretex. A 5 pacientes se les asoció otra cirugía (3 colecistectomías y 2 ligadura-excisión de hemorroides). Intervinieron 6 facultativos como primer cirujano, con una curva de aprendizaje donde se observa una clara relación experiencia/disminución del tiempo de intervención. En 5 (8,5%) casos se precisó reconvertir a laparotomía (4 por dificultad técnica y 1 por accidente). Cuatro pacientes (6,7%) presentaron complicaciones (3 abscesos y 1 hemorragia) que fueron laparotomizados. La estancia media postoperatoria fue de 3,5 días, aumentando significativamente en los pacientes complicados a 17,4 días ($p < 0.001$). La mayoría de los pacientes presentaron disfagia leve en los primeros 15 días de postoperatorio.

Comentarios:

Se confirma en nuestra experiencia que la vía laparoscópica de la hernia hiatal presenta unos resultados similares a la laparotómica, con una baja estancia hospitalaria y alto confort postoperatorio de los pacientes.

HERNIAS INGUINOCRURALES INCARCERADAS: PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Álvarez Pérez JA, Baldonado Cernuda RF, García Bear I, Suárez Solís JA, Truán Alonso N, Álvarez Martínez P.

Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés.

Objetivos

Estudiar las características de la presentación y la evolución clínica de pacientes adultos intervenidos de urgencia por hernia inguocrural incarcerada.

Material y Métodos

Se revisaron retrospectivamente 147 pacientes adultos tratados por hernia inguocrural incarcerada, durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2001. Los datos estudiados fueron: edad, sexo, tipo de hernia, presentación clínica, duración de los síntomas, enfermedades concomitantes significativas, grado ASA, tipo de anestesia empleada, métodos quirúrgicos, complicaciones y mortalidad. Se realizó un análisis univariante de diversos factores clínicos para analizar su posible influencia en el curso evolutivo.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de $70 \pm 15,2$ años. Hubo 77 hombres y 70 mujeres. Setenta y siete fueron crurales y 70 inguinales. Las hernias inguinales fueron más frecuentes en hombres, mientras que las crurales lo fueron en las mujeres ($p < 0,0001$). Los hallazgos clínicos más frecuentes al ingreso fueron dolor abdominal y masa irreductible, en 133 casos (90,5%). Signos y síntomas de obstrucción intestinal fueron vistos en 99 pacientes (67,3%). La duración media sintomática fue de $1,7 \pm 0,9$ días. Cuarenta y dos enfermos (28,6%) acudieron después de 48 horas de comienzo del cuadro clínico. Existieron enfermedades concomitantes en 82 casos (55,8%). Ciento un pacientes (68,7%) fueron ASA II, 42 (28,6%) ASA III y 4 (2,7%) ASA IV. Anestesia general fue utilizada en 72 casos (49%), raquianestesia en 74 (50,3%) y anestesia local en 1 (0,7%). La reparación herniaria más comúnmente utilizada fue la hernioplastia sin tensión, en 45 casos (30,6%), técnica de McVay en 37 (25,2%), Bassini en 33 (22,4%) y un abordaje preperitoneal en 32 (21,8%). En 19 pacientes (12,9%) se requirió resección intestinal. Las tasas de morbilidad global y mayor y de mortalidad fueron de 41,5%, 9,6% y 3,4%, respectivamente. El estudio univariante mostró que las hernias de larga evolución, el retraso en la hospitalización mayor de 48 horas, la existencia de enfermedades asociadas, y un grado ASA alto fueron factores significativamente asociados con morbilidad y mortalidad.

Conclusiones

Dada la alta morbimortalidad que se asocia a la incarceración herniaria, la cirugía electiva debería realizarse siempre que fuese posible en las hernias inguocrurales.

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN EL PROCESO COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Turienzo E, Rodríguez JJ, Vigal G, Trelles A, García MA, Fdez-Mallo J.
Servicio de Cirugía General. Hospital de Jarrow. SESPA

La implantación de la gestión por procesos con el objeto de mejorar la asistencia integral a los pacientes conlleva la evaluación de una serie de indicadores para establecer medidas de mejora continua.

Objetivo:

Se definen y analizan los indicadores relacionados con la efectividad del proceso colecistectomía laparoscópica siguiendo el ciclo PDCA.

Material y Método:

Se diseña e implanta un modelo de gestión integral de colecistectomía laparoscópica (CL) en un Hospital Comarcal durante los años 2001-2002. Se evalúa la eficiencia para los 77 casos de CL intervenidos durante ese tiempo utilizando una serie de indicadores de efectividad consensuados por un grupo de trabajo utilizando los estándares extraídos de un benchmark nacional de proyectos previos:

Indicador	Estándar
Adecuación de la profilaxis antibiótica	95%
Adecuación de la profilaxis tromboembólica	95%
Tasa de conversión	5-10% colestiasis, 15-25% colecistitis
Índice de cirugía laparoscópica	Electiva= 50-60%, Urgente= 40%
Infección de herida	<2%
Lesión VBP	<0,5%
Litiasis residual	<1%
Reintervención	<1%
Mortalidad	<0,2%

Resultados:

La adecuación de la profilaxis antibiótica, que se realiza sólo en casos de riesgo, fue del 87,2% (IC 95%:78,9-93,1) y la de profilaxis tromboembólica del 93,02% (IC 95%: 86,1-97,1). La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 11,6% en las programadas y del 7,6% en las CL urgentes. El índice de cirugía laparoscópica frente a la abierta fue del 53,3% en las urgentes y del 84,1% en las CL programadas. Hubo un solo caso de infección de herida (1,2%) y también en un caso se precisó reintervención por un absceso intraabdominal (1,2%). En ninguno de los 77 casos se constató litiasis residual ni hubo mortalidad.

Conclusiones:

La profilaxis antibiótica y tromboembólica están muy cercanas a los estándares. La tasa de conversión si bien es elevada está relacionada tanto con el alto índice de cirugía laparoscópica como con el hecho de que todos los miembros del servicio la realizan, algunos aún en la curva de aprendizaje. La tasa de complicaciones es baja, menor de lo esperable, pero quizás relacionado con el número de casos.

SITUACION ACTUAL DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORRECTAL EN ASTURIAS

Rodríguez II, Magarzo JA, Urdiales G, Pozo F, Menéndez R, Turienzo E, Obregón R, Fernández JA, Otero J, Trenes A.

Hospitales de Jamo, Cabueñes, Valle del Nalón, Alvarez Buylla-Mieres y CyS Ochoa-Cangas de Narcea. SESPA

El desarrollo de la cirugía laparoscópica colorrectal exige experiencia previa no sólo en cirugía colorrectal sino también en cirugía laparoscópica avanzada. Esta circunstancia junto a la ausencia de estudios que demostrasen al menos equivalencia en la tasa de recurrencia y supervivencia en el cáncer en relación con el acceso abierto han limitado hasta ahora su expansión. En fechas recientes se han publicado estudios de calidad que demuestran similares resultados al respecto. Tras estos, sin ninguna duda, se disparará el número de intervenciones que utilicen esta vía de abordaje, recomendada ya por algunas sociedades científicas, dadas sus ventajas postoperatorias. De ahí el interés que tiene conocer la situación actual de esta cirugía en Asturias para procurar una adecuada progresión de la misma.

Material y Método:

Se envía a todas las Unidades de Cirugía de Asturias un cuestionario para recoger la casuística regional de cirugía laparoscópica colorrectal así como un perfil de las Unidades y cirujanos que la han empezado a practicar. Se presentan las indicaciones, tipo de intervención practicada, tecnología disponible y morbimortalidad global multicéntrica.

Resultados:

Han respondido 5 Servicios de los 10 que realizan cirugía colorrectal y laparoscopia avanzada en la Sanidad Pública asturiana y un cirujano aporta los datos de su actividad privada. Se han intervenido desde Noviembre de 1998 hasta Julio de 2004 82 pacientes, el 88% de ellos en la Sanidad Pública y el 45% en los primeros 6 meses del 2004. La experiencia por Unidad varía desde 7 casos hasta 23, con una media de 14. Se introdujeron en este tipo de cirugía hasta el momento 11 cirujanos, con una experiencia muy variable, desde un caso hasta 18 casos el que más intervenciones ha realizado, media de 7 y mediana de 6 casos. En 3 de los hospitales iniciados han comenzado dos cirujanos, en uno 4 y en otro 1. No hay correspondencia entre el número de cirujanos que la practica y los existentes en la Unidad, ni entre la cantidad de intervenciones laparoscópicas que se realiza y el tamaño del hospital o casuística de patología colorrectal atendida.

La indicación predominante ha sido el cáncer colorrectal con 54 casos (66%), seguido de la diverticulosis-itis con 21 (26%) Y del polipo adenomatoso con 5 (6%).

Se ha realizado sigmoidectomía en el 33% de los casos, hemicolectomía izquierdas en el 29%, resección anterior en el 18%, amputación abdominoperineal en el 9%, hemicolectomía derecha en el 17% y otras en el resto. En 12 casos con alguna otra intervención asociada, entre

las que predominó la colecistectomía laparoscópica y la elaboración de colostomía en 3 casos. Hubo 6 reconversiones (7%).

Se utilizó en todos los casos desde el 2002 bisturí ultrasónico o bipolar, en 64 casos se realizó anastomosis con CEEA y en 10 casos la cirugía fue mano-asistida en alguna de sus fases, utilizando diferentes dispositivos. Surgieron complicaciones postoperatorias en pacientes, en 7 casos médicas (TEP, ICC, retención de orina-epidimitis y psiquiátricos) y en 8 casos quirúrgicas: 4 de carácter hemorrágico precisando en dos casos transfusiones, 2 infecciones de herida, 2 fistulas estercoráceas y una dehiscencia de anastomosis. Reintervención en 3 casos, 2 de ellos por laparoscopia. Mortalidad de 3 pacientes.

Conclusiones:

La experiencia en cirugía laparoscópica colorrectal en Asturias aún es muy limitada y menos de la mitad de los hospitales han empezado a desarrollarla. No existe ninguna correspondencia entre la demanda (cantidad de pacientes con patología colorrectal susceptible de ser abordada por esta vía) con lo realizado en las Unidades (cirugía laparoscópica practicada). Ha predominado la indicación de cáncer colorrectal y las intervenciones sobre el colon izquierdo. La dotación técnica de las Unidades que la practican permite un adecuado abordaje laparoscópico, siendo escasa la utilización de cirugía mano-asistida. La morbimortalidad es escasa y puede estar condicionada por la selección de los casos en la mayor parte de los servicios.

VIERNES, 15 DE OCTUBRE

16,00 h.
Aula Verde

EFICACIA DE LA CPRE EN EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN UNA SERIE RECIENTE DE CASOS

V. Cadahía, G. Díaz, R.F. Velázquez, R. De Francisco, D. Marcos, A. Garrido, O. González, L. Rodrigo.

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción:

La aparición de técnicas de tratamiento de la coledocolitiasis por vía laparoscópica y el escaso número de datos recientes sobre la terapéutica endoscópica nos ha llevado a revisar la situación del tratamiento de la coledocolitiasis

Objetivo:

Revisar nuestra experiencia reciente en el tratamiento endoscópico de la coledocolitiasis en pacientes sin cirugía gastroduodenal previa.

Material y métodos: En el período comprendido entre enero de 2003 y abril de 2004 hemos realizado 265 CPRE en 238 pacientes con sospecha de coledocolitiasis. La edad media de los paciente fue de 69,8 años (rango: 17-96), siendo 109 varones y 129 mujeres.

Resultados:

Se canalizó la vía biliar en la primera exploración en 230 de los 238 pacientes (96,63%), y en 7 de los 8 restantes en una segunda, con una tasa de canalización global del 99,57%. Se objetivó la presencia de coledocolitiasis en el 71,3% de los pacientes (n=165; 160 en la primera CPRE y 5 en la segunda). La tasa de extracción completa de cálculos fue del 91,25% en la primera exploración (146/160) y del 93,3% en la segunda (14/15), consiguiendo una limpieza completa de la vía biliar en el 96,96% de los pacientes (160 de las 165 coledocolitiasis) y en el 99,37% de los pacientes que recibieron 2 exploraciones (160/161). Por diferentes motivos, en 4 pacientes no se pudo realizar una 2ª exploración. Precisaron litotricia mecánica 6 pacientes, uno de los cuales, en las 2 exploraciones que se le practicaron. La morbilidad directamente relacionada con la técnica fue de un 3,77% (7 pancreatitis, 1 perforación, 1 atrapamiento de la cesta de Dormia y 2 hemorragias digestivas altas), evolucionando todas favorablemente con tratamiento conservador.

Conclusiones:

Las técnicas endoscópicas permiten actualmente acceder a la vía biliar en más del 95% de los casos (99,6% en nuestra serie) y la extracción de los cálculos en una cifra similar (99,4% en nuestro estudio), aunque aproximadamente el 10% de los pacientes precisarán una segunda exploración. La morbimortalidad atribuible a la técnica es extremadamente baja.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ASTURIAS EN EL AÑO 2003

L. L. Rivas, G. Díaz, F. F. Cadenas, L. Sánchez, A. Trelles
(*En representación del Grupo de Endoscopias de Asturias*)

Introducción:

La Endoscopia Digestiva (ED) es, actualmente, junto con otras técnicas diagnósticas y terapéuticas (OTDT), imprescindible en la prevención secundaria, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Todo hospital y consulta ambulatoria de Digestivo debe disponer de estas técnicas; sin embargo, existen grandes diferencias entre las distintas unidades en cuanto a medios técnicos y humanos, y al número y tipo de técnicas que se realizan. Hasta ahora, nunca se ha realizado un análisis de la situación de la ED en el conjunto de nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivos:

Conocer la situación, en el año 2003, de la ED y de OTDT, que se utilizan en los hospitales de Asturias.

Método:

Se utilizó un cuestionario dirigido a todos los centros donde se realizan pruebas digestivas, solicitando información acerca de los recursos materiales y humanos disponibles y del número y tipo de técnicas que se realizan. La iniciativa de este estudio partió del Grupo de Trabajo de Endoscopia Digestiva de Asturias. El cuestionario fue cumplimentado por la totalidad de los centros donde se realizan ED.

Resultados:

Se realizaron en torno a 23.000 ED (11.434 gastros, 10190 colonos, 686 CPRE). Existe una gran diferencia de medios materiales y humanos entre los distintos hospitales. Están funcionando simultáneamente 17 salas de ED diarias en Asturias, utilizadas por 11 E. de Digestivo y 6 Cirujanos, con el apoyo de 30 ATS, AE y A. Administrativo. El número total de facultativos que realizan ED es de 54 (39 E. de Digestivo y 15 Cirujanos). Se realizan unas 18 técnicas diagnósticas y terapéuticas diferentes y, al menos, 21 procedimientos asociados. La gastroscopia y la colono se realizan en todos los hospitales, la CPRE en 6, la ECO por Digestivo en 2 y Enteroscopia en 1. Se ponen prótesis Endoscópicas y se realizan dilataciones en 8, y GEP en 6. Existe guardia de ED en 4 hospitales y formación docente en ED en uno. En 5 hospitales se puede solicitar la ED desde A. Primaria, de forma más o menos restrictiva. No se dispone, en ningún hospital, de Ecoendoscopia ni Cápsula Endoscópica, y tampoco se pueden realizar presiones portales.

Conclusiones:

(1) Se realizan un número muy elevado (1 gastroscopia y 1 colonoscopia por 100 habitantes/año) de ED en los hospitales de Asturias. (2) La gastroscopia y la colonoscopia se realiza en todos los hospitales y la CPRE en 6. (3) La dotación de medios, tanto materiales como

humanos, es muy variable, pero insuficiente en la mayoría de ellos. (4) Un 80 % de la ED la realizan E. de Digestivo y un 20 % cirujanos. Sin embargo, de los 4 hospitales en los que se realiza guardia de ED, sólo en 1 la realiza la S. de Digestivo. (5) El 90 % de la ED en Asturias se realiza en centros públicos y el 10 % en centros privados. (6) No disponemos de técnicas diagnósticas importantes, como la Ecoendoscopia y la Cápsula Endoscópica, en ningún hospital de Asturias. (7) Dada la importancia cualitativa y cuantitativa de estas técnicas, deberían incrementarse los recursos destinados a la ED.

PROBABILIDAD DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) EN RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA SEVERA (PC)

Iglesias-García J, Lariño-Noia J, Vilariño-Insua M, Iglesias-Rey M, Sobrino-Faya M, Macías F, Domínguez-Muñoz JE.

El estudio funcional del páncreas exocrino se ve dificultado tanto por la invasividad y dificultades metodológicas como por la baja eficacia de las pruebas disponibles. Aunque se ha visto una buena correlación entre los cambios morfológicos y funcionales en la pancreatitis crónica, este hallazgo tiene una utilidad clínica limitada. El desarrollo reciente de la USE, que consigue obtener imágenes de alta definición tanto de conductos pancreáticos como del parénquima pancreático, ha aumentado la información sobre la morfología pancreática en pacientes con pancreatitis crónica.

Nuestra hipótesis es que tanto el número total de criterios USE como algunos hallazgos ecoendoscópicos específicos de pancreatitis crónica pueden aportar información importante sobre la posibilidad de presentar una IPE.

El objetivo del presente estudio es analizar la probabilidad de presentar una IPE en función del número total de criterios USE y/o de la presencia de determinados criterios USE específicos en pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica severa diagnosticada mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM).

Métodos:

Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 37 pacientes (edad media 45 años, rango 27-86, 30 hombres y 7 mujeres) diagnosticados de pancreatitis crónica severa en función de los hallazgos de CPRE y CPRM. En todos los casos la USE fue realizada por el mismo explorador, bajo sedación consciente, mediante equipo lineal PENTAX FG-38UX. El explorador conocía los datos clínicos de los pacientes, pero era ciego para los resultados de la CPRE y CPRM. Igualmente, en todos los pacientes, la presencia de IPE fue evaluada mediante el test de aliento con triglicéridos marcados con ^{13}C , previamente optimizado por nuestro grupo, y por la cuantificación de la grasa fecal, evaluada mediante análisis de infrarrojos cercanos (test de NIRA) en 3 muestras consecutivas de heces de 24 horas. IPE fue definida como una recuperación total acumulada de $^{13}CO_2$ menor del 57% y una excreción de grasa fecal mayor de 7,5 gr/día. Se evaluaron los diez diferentes criterios aceptados para el diagnóstico de pancreatitis crónica por USE: cambios parenquimatosos incluyendo puntos y líneas hiperecogénicos, lobularidad, quistes y calcificaciones; cambios ductales incluyendo dilatación, irregularidad, márgenes ductales hiperecogénicos, colaterales visibles y calcificaciones ductales. Los resultados se muestran como mediana (95% IC) y analizados mediante el test de la U de Mann-Whitney.

Resultados:

19 pacientes (51.3%) presentaron IPE. Pacientes con IPE muestran un mayor número de criterios USE parenquimatosos ($p<0.01$), ductales ($p<0.001$) y totales ($p<0.001$) de pancreatitis crónica. La probabilidad de presentar IPE en un modelo logístico se define mejor mediante el número de criterios ductales (OR=5.6, 95%CI: 2.0-16.1). El modelo no mejora mediante la incorporación del número de criterios parenquimatosos o de cualquier criterio aislado. La probabilidad de presentar IPE es 0% en pacientes con 2 ó menos criterios ductales, pero alcanza el 80.1% si presentan 4 ó 5 criterios. Analizando los diferentes criterios USE individuales de forma independiente, únicamente la presencia de dilatación del conducto pancreático se asocia de forma significativa con la IPE (OR=28.3, 95%CI: 3.16-261.9). La asociación de las calcificaciones pancreáticas (OR=5.6 -0.9-30.6) tiende a mejorar el modelo ($p=0.06$). La probabilidad de presentar IPE alcanza el 70.9% en caso de dilatación del conducto pancreático y es tan baja como un 29.1% en caso de ausencia de dicha dilatación.

Conclusión:

El número de criterios USE ductales y la presencia de dilatación del conducto pancreático principal permiten predecir la probabilidad de presentar IPE en pacientes con pancreatitis crónica severa.

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) GUIADA POR ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE): EVALUACIÓN DE SU EFICACIA DIAGNÓSTICA

Iglesias-García J, Villanueva-Rodriguez A, Sobrino-Faya M, Lariño-Noia J, Lozano-Leon A, Abdulkader I, Forteza-Vila J*, Dominguez-Muñoz JE.*

La ecografía endoscópica con punción aspiración con aguja fina (USE-PAAF) permite obtener tanto una imagen detallada de lesiones del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno) como de órganos vecinos (mediastino, páncreas y vía biliar, vasos, riñón, bazo, etc.). La evolución de la técnica permite obtener muestras cito-histológicas de la mayoría de éstas lesiones, con la consecuentes optimización diagnóstica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia diagnóstica de la USE-PAAF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se evaluaron de forma retrospectiva todas las USE-PAAF realizadas en nuestro centro entre Enero de 2003 y Julio de 2004. Las exploraciones fueron realizadas bajo sedación consciente, mediante equipo lineal PENTAX® FG-38UX; empleando para la realización de la punción una aguja Mediglobe-Sono Tip® II de 22G. El mismo explorador realizó todas las exploraciones, las cuales fueron estudiadas a su vez por el mismo patólogo. Los hallazgos finales se correlacionaron con el diagnóstico final, el cual se basó en el conjunto de pruebas complementarias (técnicas de imagen, hallazgos intraoperatorios, diagnóstico histológico estándar) y seguimiento clínico de los pacientes. Los resultados se muestran como porcentajes.

RESULTADOS:

34 pacientes (11 mujeres y 23 varones; edad media 58 años (47-74) se sometieron a una USE-PAAF durante el período del estudio. En 9 (26,5%) casos se realizó punción de adenopatías (7 mediastínicas y 2 en tronco celíaco), 24 (70,6%) casos fueron lesiones pancreáticas y 1 (3%) caso fue una masa pararectal. En las PAAF realizadas a las lesiones adenopáticas, en 5 (55%) se alcanzó el diagnóstico. En las punciones realizadas en lesiones pancreáticas se alcanzó el diagnóstico en 20 (83,3%) casos; 6 (25%) adenocarcinoma, 3 (12,5%) masas inflamatorias, 3 (12,5%) cistoadenomas mucinosos, 2 (8,3%) cistoadenomas serosos, 1 (4,2%) neurofibroma, 1 (4,2%) colección post-quirúrgica, 1 (4,2%) carcinoma anaplásico, 1 (4,2%) carcinoma escamoso, 1 (4,2%) pseudoquiste pancreático y 1 (4,2%) insulinoma. Finalmente en el único caso se realizó punción sobre masa pararectal, sin llegar a obtener el diagnóstico de la misma. De forma global, sobre los 34 casos en los que se realizó USE-PA!

AF, se llegó al diagnóstico a través de la misma en 25 (73,5%) pacientes. No se describieron complicaciones relacionadas con la técnica en ningún caso.

CONCLUSIONES:

La PAAF guiada por USE permite la obtención segura de material histológico suficiente para realizar el diagnóstico en la mayor parte de las exploraciones.

APLICACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN EL ESTADIAJE DEL CÁNCER DE PÁNCREAS: ANÁLISIS COMPARATIVO CON EL TAC HELICOIDAL USANDO LA PIEZA QUIRÚRGICA COMO PATRÓN ORO

Lariño-Noia J. Iglesias-García J. Villanueva-Rodríguez A. Iglesias-Canle J, Macías F, Domínguez Muñoz E.

La eficacia del TAC abdominal en el estudio de extensión locorregional y reseccabilidad del cáncer de páncreas es claramente insuficiente. El desarrollo de la USE, que ha demostrado una alta resolución en el estudio de las enfermedades del páncreas, ha constituido un avance en este aspecto clave del manejo de la enfermedad. Sin embargo, son escasos los estudios prospectivos comparativos entre TAC y USE que empleen el estadiaje histológico como patrón oro. El objetivo del presente estudio es el de evaluar la eficacia diagnóstica de la USE en el estadiaje local (T) y de extensión linfática (N) del cáncer de páncreas, en comparación con el TAC abdominal helicoidal con contraste usando el estudio histológico de la pieza quirúrgica como patrón oro.

MÉTODOS:

Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 15 pacientes (edad media 62 años, rango 41-84, 10 hombres, 5 mujeres) con cáncer de páncreas considerado reseccable mediante TAC helicoidal entre enero y septiembre de 2003. Además del TAC helicoidal, a todos los pacientes se les realizó USE preoperatoria. Todas las USE fueron realizadas por el mismo explorador con un equipo lineal Pentax FG-38UX, quién desconocía los resultados del TAC abdominal. El patrón oro utilizado fueron los hallazgos intraoperatorios e histológicos. Se evaluó el estadiaje T y N según la clasificación TNM (AJCC-1997). Análisis de datos mediante Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

Tras estudio intraoperatorio e histológico, 10 pacientes (66,7%) fueron clasificados como estadio T4 y 5 (33,3%) como T3. Ningún paciente presentaba un estadio T2 ó T1. En cuanto al estadiaje N, 14 pacientes (93,3%) presentaron un estadio N1 y 1 paciente (7,7%) un estadio N0. El TAC abdominal sólo realizó un correcto estadiaje TN en 4 pacientes (26,7%), en comparación con 12 pacientes (80%) correctamente estadiados mediante USE ($p < 0,01$). El estadiaje T fue correctamente realizado mediante TAC en 53,3% de los pacientes, frente al 86,7% mediante USE ($p < 0,05$). Siete pacientes (46,7%) fueron infraestadiados en cuanto a la extensión local (T) mediante TAC abdominal (4 estadios T4 fueron clasificados mediante TAC como T3, 1 estadio T3 como T2, 1 estadio T4 como T1, en un caso el TAC no evidenció tumor). Otros 7 pacientes etiquetados mediante TAC como N0 fueron finalmente N1. Con la USE, sólo 3 pacientes se estadiaron erróneamente (un T4N1 como T3N1, y dos T3N1 como T3N! 0 y T2N0, respectivamente).

CONCLUSIONES:

La USE ofrece una eficacia significativamente superior a la TAC helicoidal en el estadije locorregional del cáncer de páncreas. La aplicación rutinaria de la USE en el estadije del cáncer de páncreas permitirá reducir la realización de cirugía en pacientes finalmente irreseca-
bles.

SÁBADO, 16 DE OCTUBRE

09,00 h.

Salón de Actos

ESTUDIO SOBRE EL TACROLIMUS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Barreiro Acosta M. Lorenzo González A. Iglesias-Canle J. Lariño Noia J. Vazquez Coleman L. Domínguez Muñoz E

INTRODUCCIÓN:

El tacrolimus (FK506), fármaco muy utilizado en el trasplante hepático, se ha manifestado en los últimos años como un fármaco útil en el tratamiento de formas complicadas de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente en las formas fistulizantes de la enfermedad de Crohn (EC).

OBJETIVO:

Determinar el porcentaje de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal córtico-dependiente (grupo A) y fistulosa (grupo B) que alcanzan la remisión clínica a los 6 y 12 meses, así como valorar los efectos secundarios de dicho fármaco.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 10 pacientes (6 mujeres y 4 hombres), la media de edad de los pacientes incluidos fue de 36 años, con un rango entre 29 y 60 años, la media de duración de la enfermedad era de 11 años. De los 10 pacientes, 2 eran colitis ulcerosa (CU), en pacientes con intolerancia a la Azatioprina, pertenecían del grupo A (córtico-dependientes), mientras que los otros 8 eran pacientes con EC, además todos ellos eran fistulizantes y refractarios al tratamiento con Infliximab, por lo que pertenecían al grupo B. Se establecieron unas dosis que oscilaron en todos los casos entre 0.15 y 0.20 mg/ kg de peso al día de tacrolimus. Siguiendo estos parámetros las dosis iniciales oscilaron entre 9 y 12 mgs cada 24 horas, dividido siempre en dos tomas. Se consideraron los valores normales de los niveles de tacrolimus en sangre entre 8 y 14 ng/ml. Estos niveles se controlaron cada siete días durante el primer mes, de cada 15 días en los dos meses siguientes y de cada 21 días posteriormente mientras siguiese tomando el fármaco. Se valoró a los 6 y 12 meses en el grupo A la necesidad de tratamiento con corticoides y en el grupo B el cierre parcial (>50%) o total de las fistulas, se realizó una RNM a los 12 meses. Los resultados se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS:

En los pacientes con CU se obtuvo una repuesta del 100% (retirada de corticoides) a los 6 meses, aunque a los 12 meses la respuesta fue solo del 50%. En los pacientes con EC fistulizante a los 6 meses se observó una respuesta parcial en el 50% y un cierre total de las fistulas en el 20%. A los 12 meses se observó una respuesta parcial en el 40% y un cierre total de las fistulas en el 33%. Los efectos secundarios más frecuentes fueron temblor (25%) y cefalea (12%), sin relacionarse con los niveles de fármaco en sangre. Dos pacientes del grupo B no completaron el período de tratamiento, uno por padecer un accidente cerebro vascular con hemiparesia izquierda sin haberse relacionado directamente con el fármaco, sino en el curso evolutivo de su EC y otro por cambio de residencia y no poder realizar control de niveles.

CONCLUSIONES:

El tacrolimus se presenta como un fármaco eficaz en los pacientes cortico-dependientes que no puedan recibir azatioprina, su eficacia en la EC fistulizante es parcial y necesita más estudios para confirmar su efectividad, los efectos secundarios son similares en número a otros fármacos inmunosupresores.

ABORDAJE TERAPEUTICO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR POR VIA PERCUTANEA: INYECCION INTRATUMORAL DE ETANOL Y ABLACION POR RADIOFRECUENCIA

Javier F. Castroagudín, Manuel B. Delgado, Stella M. Martínez, Augusto Villanueva, Enrique Domínguez Muñoz.

Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago

INTRODUCCION:

Los tratamientos percutáneos son procedimientos locales mínimamente invasivos que constituyen la opción más eficiente en el manejo terapéutico con intención curativa del carcinoma hepatocelular (CHC) en estadio inicial no subsidiario de tratamiento quirúrgico -resección o trasplante. Tanto la inyección percutánea de etanol (IPE), que constituye el tratamiento percutáneo estándar como la recientemente desarrollada la ablación por radiofrecuencia (RF) son los procedimientos percutáneos en los que se acumula mayor experiencia clínica. OBJETIVO: Analizar la aplicabilidad, eficacia y seguridad de la IPE y de la ablación por RF en el tratamiento del CHC.

PACIENTES Y METODOS:

Durante un período de 55 meses, 63 pacientes con cirrosis hepática y CHC (52 varones, edad media 64 años, rango 41-84) fueron tratados mediante IPE y/o RF. La etiología de la cirrosis fue alcohólica en 25 pacientes (39.7%), VHC en 21, VHB en 7, coinfección VHB y C en 2, hemocromatosis en 2 y criptogénica en 4 casos. El tratamiento percutáneo se aplicó con intención curativa en 32 pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico, y como terapia neoadyuvante del CHC en lista de espera para trasplante hepático en los 31 enfermos restantes. El 70% de los pacientes eran Child-Pugh A, 25% Child-Pugh B y 6% Child-Pugh C. El CHC era único en 58 pacientes (92.1%). El diámetro medio fue de 32.3 mm. Los niveles medios de AFP pre-tratamiento fueron 39 ng/mL (rango 1-478). Un total de 67 nódulos de CHC fueron tratados mediante IPE. Se aplicaron a cada nódulo una media de 2.9 sesiones, con un volumen total medio de etanol inyectado de 37.9 mL por lesión. Se emplearon agujas tipo Chiba y PAN-ETA(r) (Gallini, S.L., Mirandola, Italia) de 20-22G bajo control ecográfico continuo. La ablación por RF se realizó en 4 nódulos mediante el dispositivo Cool-tip RF(r) (Radionics, Burlington, Mass., EE.UU) con agujas 15G. La eficacia terapéutica se determinó mediante TC helicoidal y análisis de la pieza operatoria en los pacientes trasplantados durante el seguimiento.

RESULTADOS:

Se observó respuesta local completa (RC) en 34 lesiones tratadas mediante IPE, respuesta parcial (RP) en 19, enfermedad estable (EE) en 2, y enfermedad progresiva (EP) en 4 casos. El 71% de las lesiones <35 mm de diámetro presentaron RC frente al 42.8% de los >35 mm ($p<0.05$). Se observó recurrencia local en 4 casos y a distancia en 2, mientras que en 52 pacientes (82.5%) no se observó recurrencia. Ocho pacientes con RP y 3 con RC y recurrencia local

entre los 12 y 24 meses de seguimiento precisaron ciclos ulteriores de IPE. Las complicaciones mayores observadas fueron ascitis (3), hematoma perihepático (1), infarto hepático segmentario (3), encefalopatía hepática (1) y trombosis portal (2). De los casos tratados mediante RF se observó RC en 2 lesiones, RP en 1 y no respuesta en el caso restante, sin que se presentaran complicaciones mayores. Quince pacientes (23.8%) fallecieron durante el seguimiento, debido a progresión tumoral (7!), complicaciones derivadas de la cirrosis (5), sepsis post-trasplante (1), rechazo crónico post-trasplante (1) y hemorragia digestiva no secundaria a hipertensión portal (1). No se observó mortalidad derivada de la técnica.

CONCLUSIONES:

Los procedimientos percutáneos -IPE y RF- son procedimientos eficaces y seguros en el manejo terapéutico no quirúrgico del carcinoma hepatocelular, sobre todo en el de pequeño diámetro.

COSTE ECONOMICO DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL VHC EN EL AREA DE AVILES

L. L. Rivas, J. De la Vega, J. M. Duque, M. Poch, R. Sors, M. Medina
H. S. A. Avilés

INTRODUCCION:

La Hepatitis C es una de las causas más frecuentes de Hepatitis crónica. Desde hace varios años tratamos a estos pacientes con Interferón (IFN) y Ribavirina y desde Octubre/01 con PEG-IFN y Ribavirina. Debido a que disponemos de estos tratamientos que se han demostrado eficaces, ha aumentado el número de pacientes que se envían a la consulta de digestivo para valorar tratamiento. Aunque existen múltiples estudios, dentro y fuera de nuestro país, relacionados sobre todo con el coste-efectividad del tratamiento, no disponemos de información acerca de los costes completos del diagnóstico y tratamiento en nuestro medio.

OBJETIVOS:

Conocer los costes económicos directos del diagnóstico y tratamiento del VHC en el Área Sanitaria III (Avilés) en el año 2002.

METODO:

Análisis retrospectivo de todos los costes directos relacionados con el diagnóstico y tratamiento tanto en el Hospital San Agustín, como en A. Primaria. Se utilizó como herramienta la contabilidad analítica disponible en el Hospital desde hace varios años. La mayor parte de la información procedió de la codificación (CIE-9), utilizada por la S. de Digestivo para los ingresos, consulta externa y endoscopias, y de otros servicios como Farmacia, Microbiología, A. Patológica, Urgencias y A. Primaria.

RESULTADOS:

Los datos más importantes se podrían resumir en: El *coste total* de la asistencia sanitaria (Hospital + A. Primaria) fue de 102.848.190 €, para una población de 155.717 habitantes. Los *costes directos del diagnóstico y tratamiento de VHC*, fueron de 585.296 €. Se *diagnosticaron* 167 casos nuevos y se *trataron* 53 casos, en el año 2002. El *coste medio* de un tratamiento de 48 semanas fue de 14.300 €, el de 24 semanas, de 6.400 €, y el de 14 semanas, de 3.800 €. El *coste de los fármacos* supone el 56% del coste total. El *coste directo del S. de Digestivo* (ingresos, consultas, ECO, Gastroscopias, Paracentesis, B. Hepática y PAAF) fue de 136.836 €, el de *Microbiología* de 20.282 €, el de *Urgencias* 23.742 €, el de A. Primaria 13.789 € y un *trasplante* (por VHC) aprox. 60.000 €. Se consiguió un 40% de *respuesta sostenida*. La edad media de los pacientes tratados fue de 44 años. El *coste del VHC por habitante y año* fue de 3,75 € y el porcentaje del coste del VHC respecto al total de la asistencia sanitaria fue de un 0,57%.

CONCLUSIONES:

(1) *Uno de cada doscientos Euros* que se gastan en Asistencia Sanitaria en el Área de Avilés, se dedican al diagnóstico y tratamiento del VHC. (2) *Más del 50%* de este elevado coste es debido a los *fármacos*. (3) Las soluciones más adecuadas para mejorar la *relación coste-efectividad* serían: La indicación correcta de los tratamientos, la información y seguimiento de los pacientes, en orden sobre todo al cumplimiento terapéutico, y la selección precoz de los no respondedores.

INFECCIÓN CRÓNICA POR EL GENOTIPO 4 DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC): COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN UN ÁREA DE GALICIA

Stella M. Martínez, Javier F. Castroagudín, Antonio Aguilera, Augusto Villanueva, Manuel B. Delgado.*

Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo, *Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción:

El genotipo 4 del VHC, uno de los más prevalentes en Medio Oriente y África Central, ha sido asociado con una mala respuesta al tratamiento con interferón y evolución frecuente a cirrosis. Aunque se ha descrito una prevalencia baja en países de Europa Occidental y en Estados Unidos, existen regiones de España en las que se detecta una frecuencia significativa de este genotipo. Sin embargo, los datos sobre la respuesta al tratamiento antiviral en este grupo de pacientes son escasos.

Objetivo:

Evaluar los factores epidemiológicos, hallazgos histológicos y respuesta al tratamiento antiviral de los pacientes infectados por el genotipo 4 del VHC en el área sanitaria de Santiago de Compostela.

Métodos:

En el período comprendido entre enero de 1999 y junio de 2004, sobre un total de 350 infectados con el VHC, se identificaron 33 (9.4%) pacientes con el genotipo 4. Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, raza, modo de transmisión y fecha de contagio, bioquímica hepática, histología hepática y respuesta al tratamiento antiviral combinado con interferón y ribavirina. El genotipo se determinó por análisis estandarizado de hibridación reversa (INNO-LiPA HCV II, Innogenetics, Gent, Bélgica). Los niveles de RNA del VHC fueron cuantificados por RT-PCR (Amplicor Monitor HCV 2.0 ROCHE). El estadio de fibrosis hepática fue evaluado por el "score" de Scheuer.

Resultados:

Del total de pacientes con genotipo 4, 22 eran varones (66.7%). La edad media fue de 38.9 ± 9.6 años. En 30 pacientes (91%), se identificó un factor de riesgo para adquisición del VHC: historia de uso de drogas por vía parenteral en 22; cocaína intranasal en 3; transfusión sanguínea en 1; cirugía en 3; tatuajes en 1. De 25 pacientes con histología hepática, existía estadio 1 de fibrosis en 13, estadio 2 en 10, y estadio 0 en 2. Sólo un paciente fue diagnosticado de cirrosis. Iniciaron tratamiento con interferón y ribavirina 13 pacientes: de los 12 que han completado el tratamiento, la respuesta virológica fue sostenida en 10 casos (4 tratados con interferón estándar y 6 tratados con interferón pegilado), 1 paciente fue no respondedor y el restante, recaedor. En un paciente se suspendió el tratamiento por eventos adversos.

Conclusiones:

La prevalencia de genotipo 4 es significativa en el área estudiada. El modo predominante de transmisión es el uso de drogas por vía parenteral. La lesión histológica es leve-moderada en la mayoría de los casos. En nuestra serie, la respuesta virológica sostenida al tratamiento combinado es de un 76.9%.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA: EVALUACIÓN DE RESPUESTA MEDIANTE EL TEST DE ALIENTO OPTIMIZADO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS CON 13C

Iglesias-García J, Lariño-Noia J, Iglesias-Rey M, Vilariño-Insua M, Cigarrán B, Vazquez-Coleman L, Domínguez-Muñoz JE.

La terapia substitutiva con enzimas pancreáticas orales en pacientes con insuficiencia pancreática exocrina se individualiza habitualmente basándose en parámetros clínicos como la ausencia de diarrea, ganancia de peso o ausencia de pérdida de peso. Nosotros hemos demostrado previamente que ésta evolución clínica no es lo suficientemente eficaz para asegurar una dosis óptima de tratamiento. La cuantificación de la grasa fecal es demasiado engorrosa para ser repetida en cada paciente para encontrar la dosificación óptima del tratamiento. El test de aliento con triglicéridos marcados con 13C (13C-MTG), que puede ser repetido tan frecuentemente como se desee en la práctica clínica, ha sido recientemente optimizado por nuestro grupo para el diagnóstico de maldigestión grasa. Nuestro objetivo en el presente estudio es evaluar la eficacia del test de aliento optimizado 13C-MTG para el control de la eficacia del tratamiento con enzimas pancreáticas en pacientes con insuficiencia pancreática exocrina.

MÉTODOS:

Se incluyeron prospectivamente 29 pacientes de forma consecutiva (edad media 51 años, rango 27-85, 21 varones y 8 mujeres) con insuficiencia pancreática exocrina. En todos ellos se realizó el test de aliento antes y durante el tratamiento con una dosis estable de 4000 Unidades/comida de enzimas pancreáticas orales (Kreon® 10,000, Solvay Pharma, Alemania) administrando una comida de prueba sólida con 16 gramos de grasa y 250 mg de 13C-MTG. Las muestras de aliento se recogieron en tubos Exetainer® antes y a intervalos de 15 minutos durante 6 horas, tras la comida. Se consideró como resultado del test la recuperación acumulada de 13CO₂ (%), medido mediante espectrómetro de masas (normal >57%). La cuantificación de grasa fecal se analizó en todos los pacientes mediante análisis con infrarrojos cercanos (test de NIRA) de 3 muestras consecutivas de heces de 24 horas, antes y durante el tratamiento. Se definió maldigestión grasa como una excreción de grasa fecal >7.5 gr/día. Los resultados se muestran como mediana (rango) y analizados mediante el test de Wilcoxon para datos pareados o independientes según corresponde.

RESULTADOS:

La digestión grasa mejoró durante el tratamiento enzimático en todos los pacientes, como muestra tanto la cuantificación de grasa fecal como el test de aliento. El grado de mejoría fue del 65.0% (11.0-88.3%) y 57.0% (20.0-100%) en la cuantificación de grasa fecal y test de aliento, respectivamente (n.s.). Los resultados antes y después del tratamiento se muestran en la tabla.

	Antes de tratamiento	Durante tratamiento	
13C-MTG (%)	21.4 (11.3-36.8)	58.4 (49.7-72.1)	p<0.001
Cuantificación			
Grasa fecal (gr/día)	15.0 (11.7-22.7)	6.4 (3.7-8.3)	p<0.001

CONCLUSION:

El test del aliento optimizado 13C-MTG es una herramienta simple y eficaz para evaluar la eficacia del tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con insuficiencia pancreática exocrina. Este test permite la optimización de la dosificación del tratamiento en cada paciente de forma individual en la rutina clínica.

SÁBADO, 16 DE OCTUBRE

09,00 h.
Aula Verde

LAS MUTACIONES EN EL GEN NOD2 PUEDEN PREDECIR LA CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Barreiro Acosta Ma. Nuñez Pardo de Vera Cb. Peña ASb. Lorenzo Aa. Barreiro Morandeira Fc. Potel Jc. Dominguez Muñoz Ea

INTRODUCCIÓN:

Más del 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) suelen requerir cirugía durante el curso evolutivo de su enfermedad, sin haberse determinado factores predictivos para estas intervenciones. Recientemente se ha observado que tres mutaciones del gen NOD2 (R702W, G908R y 1007fs) están asociadas con la EC, aunque en la población gallega solo se han asociado las dos últimas.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es describir la influencia de las mutaciones del gen NOD2 en las distintas cirugías que se realizan en la EC y determinar si estas mutaciones podrían tener un valor predictivo para alguna de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron 165 pacientes gallegos (al menos dos generaciones) y residentes en Galicia con enfermedad de Crohn (70 hombres y 95 mujeres, rango 17 a 76, edad media 36, media de años de enfermedad 8). Estos pacientes se estratificaron según hubiesen sido sometidos a cirugía previa (en relación con la EC) o no. Asimismo se evaluaron de forma individual las dos principales cirugías relacionadas con la EC (resección ileal y cirugía de fistulas), por otro lado se estudió la presencia de apendicetomía.

Todos ellos fueron genotipados para las tres principales variantes del gen NOD2 asociadas con la EC (R702W, G908R y 1007fs), el genotipado fue realizado a través de PCR-RFLP. La relación entre la cirugía y las mutaciones se expresó en porcentajes, habiéndose realizado Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0,05$.

RESULTADOS:

Se observó que el 39,1% de los pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente en alguna ocasión por su EC (cirugía de fistulas o resección ileal) presentaban al menos una de las tres principales mutaciones en el gen NOS2, frente al 19,8% en los pacientes con EC que no habían sido intervenidos en ninguna ocasión ($P < 0,01$). Al considerar únicamente las dos mutaciones que parecían estar asociadas con la EC en población gallega, G908R y 1007fs, el 27,5% de los individuos con mutaciones habían sido sometidos a algún tipo de cirugía, frente al 6,3% de individuos portadores no intervenidos ($P < 0,001$). Las mutaciones en NOD2 eran significativamente más frecuentes en pacientes que habían sufrido algún tipo de resección ileal (43,1%) que en los que no habían presentado esta cirugía (21,1%) ($P = 0,003$), y las diferencias eran aún mayores cuando se consideraban únicamente portadores de G908R y 1007fs (29,4% frente al 8,8% de individuos portadores con o sin cirugía, respectivamente, $P = 0,001$).

En el caso de los pacientes que habían sido intervenidos por sus fístulas, el 29,4% de los pacientes que habían experimentado cirugía de fístulas portaban las variantes G908R ó 1007fs, frente al 8,8% en pacientes sin este tipo de cirugía ($P < 0,01$).

El análisis de la relación entre las mutaciones en NOD2 y la apendicectomía no reflejó en ningún caso resultados significativos, si bien se observó en todos los casos que la frecuencia de mutaciones en NOD2 era siempre mayor en los pacientes que no habían experimentado apendicectomía.

CONCLUSIONES:

La presencia de las mutaciones G908R y 1007fs del gen NOD2 se asocian con un mayor número de intervenciones quirúrgicas en relación con la EC, tanto resecciones ileales como cirugía de las fístulas. No se ha observado asociación de estas mutaciones con la apendicectomía en estos pacientes.

ENFERMEDAD DE CROHN APENDICULAR

Álvarez Blanco, M.; Fernández Meré, L.A.; Sanz Álvarez, L.; Martínez Rodríguez, E

INTRODUCCIÓN

La inflamación granulomatosa del apéndice es poco frecuente. Puede ser debida a causas infecciosas o no infecciosas y dentro de estas últimas incluimos la enfermedad de Crohn apendicular. A pesar de que en 1932 Crohn estableció que la enfermedad nunca sobrepasaba el límite de la válvula de Bauhin, fueron Meyerdin y Bertran en 1953 los que dieron la primera referencia de enfermedad de Crohn afectando el apéndice. La enfermedad asemeja en su forma de presentación un cuadro de apendicitis aguda de curso insidioso y recurrente, siendo el diagnóstico definitivo anatomopatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

De forma retrospectiva se revisaron las anatomías patológicas de todas las apendicectomías realizadas en nuestro Servicio de Cirugía en los últimos 12 años (1992-2003). Sobre un total de 2547 apendicectomías, se encontraron 7 casos (0,27%), con diagnóstico anatomopatológico de Crohn apendicular. 4 eran mujeres y 3 hombres, con una edad media de 21 años (rango 14-28). En ningún paciente hubo sospecha clínica de enfermedad inflamatoria intestinal.

En todos los casos el motivo de consulta fue dolor en fosa iliaca derecha (FID), con una evolución entre 24-48h. 5 presentaron fiebre, 2 tuvieron nauseas y 3 vómitos; ninguno de ellos presentó en la evolución del cuadro alteraciones del hábito intestinal, anorexia, melenas o hematoquecia. Desde el punto de vista analítico todos tenían un recuento leucocitario aumentado con desviación izquierda sin alteración de otros parámetros analíticos. Uno de los casos presentaba a al palpación una masa en FID; los otros 6 pacientes tenían irritación peritoneal y defensa también localizado en FID. La radiología simple de abdomen fue inespecífica en todos los casos. En sólo 2 se realizó ecografía abdominal informándose en ambos pacientes de la existencia de un plastrón apendicular.

RESULTADOS

Se realizó apendicectomía en todos los pacientes, siendo la exploración intraoperatoria de ileon y colon normal.

Las piezas quirúrgicas presentaban una longitud media de 6,6 cm con un diámetro de 2,1 cm. Microscópicamente las apéndices mostraban un infiltrado inflamatorio crónico transmural con granulomas epitelioides no necrotizantes, células gigantes multinucleadas, ulceración y fisurización de la mucosa con abscesos crípticos. Las técnicas de Pass y Zielh-Nielsen fueron negativas.

2 pacientes tuvieron un absceso de herida quirúrgica.

Durante el seguimiento un caso fue diagnosticado por colonoscopia con biopsia de enfermedad de Crohn cólica, estando asintomático actualmente con tratamiento médico. Los otros

pacientes no han presentado manifestaciones clínicas de enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del seguimiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Crohn apendicular suele presentarse como un cuadro clínico superponible a la apendicitis aguda.

Demográficamente afecta a personas entre 2^a-3^a décadas de la vida.

Se requiere análisis histopatológico de la apéndice para llegar al diagnóstico.

La afectación de Crohn apendicular presenta un curso clínico benigno después de la cirugía, a diferencia de cuando afecta al resto del intestino.

El índice de fístula enterocutánea fue nulo en nuestra serie.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 154 PACIENTES CON COLITIS ISQUÉMICA

E González Vázquez1, L.Núñez Calvo1, J.Cubiella Fernández2, M. Vega García-Luengos2, J Fernández Seara2.

Servicios Medicina Interna1 y Aparato Digestivo2. CHOU. Ourense.

Introducción:

La colitis isquémica (C.I.) es una enfermedad producida por la reducción del flujo sanguíneo colónico con formas de presentación que varían desde el abdomen agudo hasta el síndrome diarreico.

Objetivos:

Describir los datos demográficos, la patología basal, la clínica al ingreso, los hallazgos endoscópicos, histológicos y la evolución durante el ingreso de una cohorte de pacientes con C.I.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en base a la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de C.I. que requirieron ingreso entre enero de 1998 y marzo de 2003. El diagnóstico de C.I. se basó en los hallazgos endoscópicos y/o biopsia diagnóstica o compatible.

Resultados:

Durante dicho periodo, 154 pacientes requirieron ingreso (58.4% hombres, edad media de la cohorte 76.04 ± 10.94 años). Respecto a los antecedentes personales, el 55.8% padecían HTA, el 18.8% diabetes mellitus, el 24% dislipemia, el 10.4% tabaquismo y el 44% algún tipo de cardiopatía. La C.I. debutó en forma de dolor abdominal en el 82.9% y de hematoquecia en el 93.5% de los sujetos. En 15 pacientes (9.8%) se detectó algún grado de irritación peritoneal (9 localizada, 6 difusa). En los 144 pacientes que se diagnosticaron mediante colonoscopia las localizaciones más frecuentes fueron: sigma (65.3%), colon descendente (44.2%), ángulo esplénico (24.5%) y colon transverso (24%). En 10 pacientes se detectó la presencia de sangrado activo en la colonoscopia; en 30 pacientes hemorragia mucosa; en 11 pacientes necrosis mucosa y en 11 pacientes estenosis de la luz. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron edema (59.1%), infiltrado inflamatorio (74.5%), necrosis de la mucosa (33.6%) y presencia de trombos capilares (15.5%). Respecto al tratamiento durante el ingreso, 55 pacientes recibieron algún antibiótico, 48 pacientes precisaron analgesia y se pautó anticoagulación a 22 de los pacientes. Fueron intervenidos 10 pacientes (cinco al ingreso) debido a abdomen agudo y mala evolución, en 4 y 6 pacientes, respectivamente. La estancia media fue de 10.98 ± 10.59 días, falleciendo 7 pacientes (4.5%).

Conclusión:

Aunque los pacientes con C.I. tienen una edad avanzada con pluripatología asociada, la mortalidad durante el ingreso es baja. Las formas de presentación predominantes son la hematoquecia y el dolor, siendo el abdomen agudo poco frecuente.

USO Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP) DEL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA (ASP) RESPECTO A LA GPC SOBRE DISPEPSIA (GPC - D) DE LA AEG, SEMFYC, CCI.

J. Clofent(1), F Bacariza(2), F Castrillo(2), F Tarrío(2), P Alonso(3), J J Mascort(4), R Camilo(4), C Cabezas(5), y JM Piqué(6).

(1)Sección Aparato Digestivo, Htal Meixoeiro,Vigo; (2)MAP Area Sur Pontevedra; (3)MAP Centro Cochrane Iberoamericano, Barcelona; (4)MAP La Florida Sud del ICS,Barcelona; (5)Fundació J Gol, Barcelona; (6)Servicio de Gastroenterología, Htal Clinic, Barcelona.

Introducción:

La dispepsia es un síndrome clínico prevalente en atención primaria. Para la consecución efectiva de cambios en la práctica clínica mediante el uso GPC de calidad es necesario realizar estrategias activas de diseminación e implementación.

El conocimiento de la aceptación de una GPC – D de ámbito nacional por los MAP en una determinada área de salud puede proporcionar información válida que puede ser utilizada para mejorar su correcta implementación y adhesión atendiendo a las características locales.

Objetivo:

Evaluar el uso y las actitudes (elementos facilitadores y barreras) de los MAP del ASP respecto a la GPC – D de la AEG, semFYC, CCI.

Material y Métodos:

Estudio observacional, descriptivo. La GPC- D fue distribuida a 221/234 MAP (94,4 % de los MAP del ASP), en mano, en su centro de trabajo, siguiendo la misma metodología de diseminación efectuada en el ASP con las dos anteriores guías de la AEG, semFYC, CCI.; a los 6 meses se proporcionó por idéntico procedimiento un cuestionario anónimo que fue respondido por 146/221 (66,1%), habiéndola leído total o parcialmente 129/221 (58,4%). Dos meses antes se había distribuido por correo una carta invitando a su lectura y uso. El cuestionario incluía 7 preguntas (si/no) y 29 preguntas (cuantificación del grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de 0-10; considerándose una respuesta neutral entre 4-6 en la escala.

Resultados:

De los 129 respondedores que habían leído la encuesta valoraron positivamente: la edición 103 (79,8%); la facilidad de comprensión 112 (86,8%); el contenido 122 (94.6 %); y el árbol de decisión y la aplicabilidad de los algoritmos 114 (88.4%) y 92 (71,3%), respectivamente. Fue considerada útil como herramienta educacional: por 114 (88.4%); en la ayuda en la toma de decisiones por 114 (88.4%); para mejorar la calidad de asistencia por 114 (88,4%); para prevenir errores médicos por 106 (82,2%); como protección ante reclamaciones por 85 (65.9%). Respecto a la dificultad para aplicar las recomendaciones se valoró: la no homogeneidad con otras publicaciones por 46 (35.7%); la poca precisión o ambigüedad por 42

(32,6%); una escasa descripción de la evidencia actual por 41 (31,8%); estar diseñada para disminuir el gasto por 51 (39,5%); restar autonomía de decisión por 36 (27,9%); que implica una sobrecarga asistencial por 59 (45,7%); el no acceso a las medidas diagnósticas necesarias recomendadas por 104 (80,6%) . Sobre la Guía de Referencia Rápida, 138 (99,2%) la consideró práctica y 108 (76,6%) afirmó tenerla en la consulta.

Conclusiones:

A los 6 meses de su diseminación, la GPC-D de la AEG, semFyc; CCI es valorada de manera muy positiva por los MAP de ASP. La percepción que implica una sobrecarga asistencial y no disponer de las medidas diagnósticas necesarias en el ASP se identifican como las principales barreras para su uso. La adecuación de los medios diagnósticos en el ASP debe ser una medida prioritaria en la estrategia de implementación.

EXPRESION Y SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE CD44v5 Y CD44v6 EN CANCER COLORRECTAL RESECABLE

Fdez Fdez JC, Corte D, Vizoso F, Llana A, del Casar JM, Abdel-lah O, García Muñiz JL

Introducción:

La familia de las CD44 son moléculas de adhesión celular perteneciente a la familia de las proteínas-ligando del ácido hialurónico. La CD44 variante 5 (CD44v5) y la variante 6 (CD44v6) han sido relacionadas con la carcinogénesis y crecimiento tumoral.

Materiales y Métodos:

Los niveles de CD44v5 y CD44v6 de membrana fueron medidos por ensayo inmunoenzimático en tumor y en mucosa sana circundante de 105 pacientes con carcinoma colorrectal resecable.

Resultados:

No había diferencias significativas entre los niveles de CD44v5 en tumor (media:3.2 (rango: 0.9-83.5) ng/mg proteína) y en las muestras de mucosa sana (media:3 (rango:3-146.2) ng/mg proteína). Sin embargo las muestras de tumor mostraron niveles significativamente mayores de CD44v6 (media: 19.5 (rango:2.2-562.9) ng/mg proteína) que las de mucosa sana (5 (rango:5-230) ng/mg proteína) ($p=0.0001$). Los pacientes con altos niveles de CD44v5 y v6 en el tumor tenían un significativo menor tiempo libre de enfermedad ($p=0.05$, para ambos). Los pacientes con niveles altos de CD44v6 tenían también menor supervivencia global ($p<0.05$). Además tanto niveles altos de CD44v5 como de CD44v6 en tumor tenían significación con la recurrencia a distancia del tumor ($p=0.05$, para ambos).

Conclusión:

Los niveles de CD44v5 y v6 en membrana de tumores pueden contribuir a una mejor estimación del pronóstico de pacientes con carcinoma colorrectal resecable.

POSTERS

LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO PERITONEAL

Truán Alonso, N.; García Bear, I.; Álvarez Pérez, J.A.; Baldonado Cernuda, R.F.; Jorge Barreiro, J.I.
H.S.A. Avilés

Caso:

Mujer de 49 años que acude a Urgencias por distensión abdominal y síndrome general de un mes de evolución. AP: intervenida de bocio, y síndrome depresivo actualmente a tratamiento. A la exploración se aprecia una tumoración grande y dura, que ocupa hipogastrio y mesogastrio. Analíticamente se detecta como una única alteración anemia ferropénica. Los marcadores tumorales CEA y CA 15.3 son normales, y el CA 125 está ligeramente elevado. Estudios complementarios realizados: ECO abdominal: gran tumoración sólida de 22x20x8 situada por encima del útero compatible con masa mesentérica. TAC: gran masa de densidad mixta con zonas quísticas y gran parte sólida en contacto con peritoneo parietal posterior que parece nacer de mesenterio y desplaza las asas intestinales. Ascitis.

La paciente es intervenida con el diagnóstico de tumor mesentérico. Los hallazgos son una gran masa de aspecto cerebroide y con múltiples zonas quísticas hemorrágicas situada por debajo de la raíz del mesenterio sin afectarlo y sin infiltrar tampoco las asas intestinales ni el retroperitoneo. Se realiza una extirpación en bloque del tumor y se toma muestra para citología de líquido ascítico.

Anatomía Patológica: liposarcoma pleomórfico con diferenciación divergente: epitelial (escamosa glandular) y condroide con alto índice de proliferación. Citología del líquido ascítico: ascitis carcinomatosa.

Curso postoperatorio sin complicaciones. Actualmente la paciente lleva dos meses intervenida y se encuentra a tratamiento con quimioterapia.

El liposarcoma supone un 20% de los tumores mesenquimales y se localiza más frecuentemente en retroperitoneo y en miembros inferiores, siendo la localización dentro de la cavidad abdominal más rara. Se reconocen cuatro tipos: de célula redonda, mixoide, bien diferenciado y el tipo pleomórfico. Este último es el más infrecuente y se define morfológicamente por la presencia de lipoblastos pleomórficos. Metastatiza con frecuencia (45%), más comúnmente en pulmón, y presentan una alta incidencia de recidiva local (entre el 40 y el 50%). Su pronóstico es malo, siendo inferior al 40% de supervivencia a los 5 años.

GIST DE LOCALIZACIÓN DUODENAL

Truán Alonso, N.; Álvarez Pérez, J.A., García Bear, I.; Baldonado Cernuda, R.F.; Blay Albors, P.; Pire Abaitua, G.; Jorge Barreiro J.I.
H.S.A. Avilés

El grupo de tumores mesenquimales que se desarrollan en el tracto gastrointestinal han recibido recientemente el nombre genérico de tumores del estroma gastrointestinal (GIST), y comprenden la mayoría de tumores gástricos e intestinales previamente clasificados como derivados del músculo liso (leiomiomas, leiomioblastomas, schwannomas, leiomioblastomas). Suponen el 1% de todos los tumores gastrointestinales, si bien no está definida con claridad su incidencia y prevalencia.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años que ingresa en nuestro hospital por hemorragia digestiva alta, en forma de deposiciones melénicas, para estudio. AP: insuficiencia mitral y antecedente de tromboembolismo pulmonar en el 96. Intervenido de nefrectomía dcha y esplenectomía. Diagnosticada de colelitiasis. Analítica al ingreso: Hgb 9,6; Urea 91; Cr 1,7. Resto de bioquímica normal.

Se realiza **gastroscopia**: tumoración de 5 cms submucosa y ulcerada, sin signos de sangrado activo., compatible con tumor estromal ulcerado. **RNM**: tumoración duodenal situada a nivel de la rodilla inferior iniciándose justamente por debajo de la papila con margen bien definido y focos centrales de necrosis. Vía biliar y páncreas normal. No lesiones focales hepatoesplénicas. Colelitiasis. **Anatomía patológica**: tumor de estroma (GIST)

Intervención quirúrgica: Se realiza extirpación de tumoración y sutura transversa de duodeno reforzando la sutura con asa de yeyuno. Se realiza también colecistectomía. Anatomía patológica definitiva: Tumoración del estroma gastrointestinal (GIST) de 6,5 cms de diámetro, con un número de mitosis menor de 5x10 campos. Inmunohistoquímica: c-kit intensamente positivo y CD34 intensamente positivo. El pronóstico de estos tumores se hace en base a cuatro grados de riesgo (muy bajo, bajo, intermedio y alto) establecidos según la localización, el tamaño y el número de mitosis. Este caso concreto correspondería a un riesgo de malignidad intermedio.

Los GIST se caracterizan por la presencia en las células tumorales del producto del oncogen c-kit, una glicoproteína de membrana determinable mediante técnicas de inmunohistoquímica. La introducción de una nueva droga (imatinib, comercializada con el nombre de Glivec) capaz de bloquear el kit mutado y su proteína activada ha abierto una nueva esperanza en el tratamiento de estos tumores. A pesar de que la exéresis completa con márgenes libres continúa siendo el único tratamiento curativo de GIST, imatinib ha resultado extremadamente eficaz en el tratamiento de los pacientes con tumores no resecables y/o metastásicos. Su valor como tratamiento adyuvante de la cirugía está aún pendiente de estudio.

CARCINOMA EDIPERMOIDE DE ANO EN PACIENTE VIH

Baldonado Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, García Bear I, Truán Alonso N, Suárez-Solís A.
Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés

INTRODUCCIÓN

La incidencia de carcinomas de canal anal y ano en pacientes varones homosexuales es superior a la de la población global, incidencia aún mayor cuando se asocia a infección por VIH. Presentamos un paciente recientemente ingresado en nuestro servicio con carcinoma epidermoide asociado a condilomas perianales de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 34 años de edad, VIH (+) en tratamiento con terapia antirretroviral combinada con buena respuesta. Ex ADVP, confiesa practicas homosexuales sin utilización de barrera. Intervenido en nuestro servicio por condilomas acuminados perianales en el año 1998, presentando recidiva de los condilomas un año después sin realizar tratamiento en estos 5 años. Consulta por crecimiento progresivo de las lesiones anales con dificultad defecatoria en los últimos 6 meses, asociándose una úlcera indolora en margen anal anterior.

Se realiza extirpación amplia de condilomas, persistiendo algunas lesiones en canal anal, con biopsia de úlcera.

Diagnóstico histológico: carcinoma epidermoide con invasión de estroma sobre condilomas acuminados y biopsia de úlcera de margen anal con carcinoma epidermoide que infiltra dermis en profundidad.

Un TAC no muestra lesiones a distancia ni adenopatías inguinales y/o retroperitoneales.

Se plantea inicialmente tratamiento con radioterapia local.

En el momento actual esta completando el tratamiento radioterápico.

COMENTARIOS

Se realizan diversas consideraciones en torno al caso propuesto, mediante revisión actualizada de la incidencia, recomendaciones clínicas y guía terapéutica.

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

García Bear I, Baldonado Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, Truán Alonso N
Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés

INTRODUCCIÓN

El Pseudomixoma Peritoneal es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la presencia de una sustancia gelatinosa libre en el peritoneo. Su origen, en la mayoría de las ocasiones, es debido a tumoraciones de ovario o apéndice. Presentamos un caso tratado recientemente en nuestro Servicio.

CASO CLÍNICO

Varón de 73 edad, sin antecedentes de interés, remitido a nuestro hospital por pérdida de peso de 7 Kg. en los últimos meses, así como distensión abdominal progresiva. En la exploración física se aprecia abdomen globuloso y distendido, con sensación de masa en hipogastrio.

ECO:

Toda la cavidad abdominal se encuentra ocupada por una masa de ecogenicidad muy heterogénea, rodeado de una cantidad mínima de líquido ascítico..

TC:

Cavidad abdominal ocupada por material de baja densidad semejante a ascitis, pero que a diferencia de ésta desplaza las asas intestinales posteriormente; tiene además una fina pared anterior y tabicaciones en su interior, así como una zona de mayor densidad calcificada paramedial izda de aproximadamente 9-10cm de altura. Ligera ascitis. Páncreas, riñones, ciego y apéndice sin alteraciones significativas.

INTERVENCION

Gran masa que ocupa y bloquea toda la cavidad abdominal. Su contenido, de aspecto gelatinoso, en algunas zonas está limitado por una pared discretamente engrosada que actúa como cápsula. En otros puntos la “gelatina” esta íntimamente adherida a los mesos. El apéndice se muestra duro e irregular con múltiples formaciones nodulares que afectan también al ciego. Se extirpa en su mayor parte el material gelatinoso y se practica una hemicolectomía derecha, con omentectomía y anastomosis mecánica ileo-cólica latero-lateral.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

Cistoadenocarcinoma mucinoso apendicular con múltiples implantes mucinosos peritoneales, compatible con pseudomixoma peritoneal.

COMENTARIOS

La diseminación de un material gelatinoso en la cavidad abdominal derivada de un tumor mucosecretor presenta un comportamiento incierto. Los implantes intraperitoneales derivados de un tumor maligno, que son los más frecuentes, se comportan como una auténtica carcinomatosis, con mal pronóstico por obstrucciones intestinales recurrentes. El tratamiento consiste en exéresis radical de todos los implantes, asociando quimioterapia intraperitoneal.

INVAGINACIÓN ILEOCECAL

García Bear I, Álvarez Pérez JA, Baldonado Cernuda RF, Truán Alonso N
Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés.

INTRODUCCION

La invaginación intestinal en el adulto es infrecuente, y supone únicamente el 5% de todas las causas de obstrucción, descubriéndose una tumoración en la cabeza de la invaginación en la mayoría de los casos, como el caso que presentamos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés, que debuta de forma brusca con dolor abdominal y diarrea, siendo diagnosticada inicialmente de gastroenteritis aguda. Se mantiene durante un mes la clínica de dolor abdominal en "retortijón" con fases de remisión, con deposiciones ocasionalmente acompañadas de sangre y deterioro progresivo del estado general.

La exploración evidencia una paciente desnutrida con abdomen blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación, con sensación de ocupación en fosa ilíaca derecha

Se realiza colonoscopia que muestra un pólipa a nivel de íleon terminal que determina una invaginación cecal.

INTERVENCIÓN:

Invaginación de íleon terminal en colon derecho. Al reducir la invaginación se observa una tumoración de intestino delgado a unos 15 cm de la válvula que funciona como cabeza de la invaginación. Se realiza resección segmentaria de íleon y ciego con anastomosis ileo-cólica latero-lateral.

ANATOMÍA-PATOLÓGICA:

Lipoma de íleon terminal

Postoperatorio sin complicaciones, con alta al 5º día.

COMENTARIOS

La invaginación intestinal en el adulto es una causa de obstrucción intestinal infrecuente. Cuando se produce a nivel de intestino delgado, la causa es secundaria a la presencia de un tumor. Las crisis suboclusivas son, a su vez, poco frecuentes. El diagnóstico, en un gran número de casos, es ecográfico. El tratamiento es la resección del intestino afecto, incluyendo la tumoración cabeza de la invaginación.

RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON HERNIAS EXTERNAS INCARCERADAS: RIESGO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Álvarez Pérez JA, Baldonado Cernuda RF, García Bear I, Suárez Solís JA, Truán Alonso N, Álvarez Martínez P.

Servicio de Cirugía General. Hospital San Agustín. Avilés.

Introducción

A pesar de la aceptación universal del valor de la reparación herniaria electiva, el número de pacientes con hernia incarcerada permanece aún elevado. Alrededor del 15% de los pacientes con hernia incarcerada requieren enterectomía por necrosis secundaria a la estrangulación.

Objetivos

El propósito del estudio fue identificar los factores que aumentan el riesgo de necrosis intestinal en pacientes con hernia externa incarcerada, y además, analizar la influencia de la resección intestinal en la evolución clínica de este tipo de pacientes.

Material y métodos

Entre enero de 1990 y diciembre de 2001, 230 pacientes fueron intervenidos de urgencia por externa incarcerada en nuestro Servicio. Estos fueron divididos en dos grupos: 31 pacientes que requirieron resección intestinal (grupo 1) y 199 que no la requirieron (grupo 2). Los datos estudiados y comparados en ambos grupos fueron: edad, sexo, tipo de hernia (inguinal, crural, umbilical, eventración), enfermedad asociada, duración sintomática (>24 h. de evolución), procedimiento quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad. Para la comparación estadística se utilizaron el test de la χ^2 y la U de Mann-Whitney.

Resultados

La edad media global fue de 68,3 años (rango, 24-96) y 143 pacientes (62,2%) tenían más de 65 años. Este grupo etario tuvo una tasa de resección intestinal mayor que la hallada en los pacientes más jóvenes ($p = 0,02$). Aunque en el total de la serie hubo más mujeres que hombres, el sexo no fue determinante de resección intestinal ($p > 0,05$). Las hernias crurales y las eventraciones implicaron mayor porcentaje de resección que las inguinales y las umbilicales ($p = 0,007$ y $p = 0,01$, respectivamente). En 135 enfermos (58,7%) coexistían enfermedades asociadas y 108 pacientes (46,9%) se presentaron con más de 24 h. de evolución. La comorbilidad y la hospitalización tardía fueron factores determinantes importantes en la necesidad de resección ($p = 0,008$ y $p = 0,01$, respectivamente). Las técnicas quirúrgicas más utilizadas en ambos grupos fueron reparación anatómica y hernioplastia sin tensión. Los pacientes del grupo 1 tuvieron una hospitalización más larga ($p < 0,0001$) y exhibieron mayores tasas de morbilidad global ($p < 0,0001$) y de complicaciones mayores ($p < 0,02$) que los enfermos del grupo 2. El mayor porcentaje de morbilidad global en los pacientes con enterectomía se relacionó, sobre todo, con complicaciones de la herida quirúrgica ($p < 0,0001$) y nefrourológicas ($p = 0,02$). Por otro lado, la necesidad de resección no implicó mayor mortalidad ($p > 0,05$).

Conclusiones

El riesgo de resección intestinal fue mayor en pacientes de edad avanzada y en aquéllos con hernias crurales o eventraciones, hospitalización tardía o presencia de comorbilidad. La resección implicó mayor morbilidad pero no mayor mortalidad.

VÓLVULO DE VESÍCULA BILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

A.Suárez,L.Barneo,C.Bernardo, I.González-Pinto, M.García,E.Martínez.

Objetivos:

El vólvulo de vesícula biliar es una patología extremadamente rara, que generalmente se diagnostica en el curso de una laparotomía por cuadro de abdomen agudo.

La importancia de éste caso radica en que es un proceso a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo del anciano, sobre todo con la colecistitis aguda.

Material y métodos:

Mujer de 93 años, que ingresa por dolor epigástrico irradiado a Hipocondrio Derecho de 24 horas de evolución, acompañado de fiebre 38° C y vómitos biliares.

Como antecedentes patológicos presenta ACXFA, Bronquitis Crónica y Neo de Mama a tratamiento con bloqueante hormonal. En la exploración clínica se apreciaban signos de irritación peritoneal en ausencia de masa palpable en cuadrante superior derecho. La analítica presenta una fórmula con desviación izquierda y la Radiología de abdomen no ofrece datos de interés. La ecografía abdominal es compatible con colecistitis aguda. La paciente ingresa con tratamiento médico y a las 24 horas se decide laparotomía de urgencia por abdomen agudo.

Resultados:

A través de una incisión subcostal derecha se observa una vesícula distendida, flotante, torsionada en sentido horario mas de 180°, con signos isquémicos y cambios inflamatorios perivesiculares, que flotaba de un mesenterio grande. Se procedió a la devolvulación, colecistectomía reglada y exploración de la vía biliar de calibre normal. La Anatomía Patológica presenta hallazgos morfológicos compatibles con vólvulo de vesícula biliar.

Conclusiones:

Factores como la edad avanzada, pérdida de peso, cifoescoliosis, multiparidad y el peristaltismo de órganos vecinos pueden favorecer la aparición de un vólvulo de vesícula biliar, mientras que el papel de la litiasis es discutido. El tratamiento debe ser siempre quirúrgico, practicándose una detorsión de la vesícula y posterior colecistectomía. El pronóstico depende del estado general del paciente y de la prontitud con la que se practica la intervención quirúrgica, siendo normalmente bueno. La mortalidad es baja, situándose entre el 3% y el 5%.

ILEO BILIAR COLÓNICO. PAPEL DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

V. Cadahía, R. de Francisco, R. Velázquez, G. Díaz, JL. Alonso, D. Marcos, A. Garrido, O. González, L. Rodrigo.

Aparato Digestivo,. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción.

El ileo biliar es un raro mecanismo de obstrucción del tracto digestivo, pero la obstrucción del colon por los cálculos es todavía menos frecuente, existiendo muy pocos casos en la literatura. La presencia de un trayecto fistuloso colecistocolónico, con frecuencia no se demuestra hasta que se realiza una laparotomía. Queremos presentar un caso de obstrucción intestinal colónica por un cálculo biliar con resolución endoscópica.

Caso clínico.

Varón de 70 años remitido de otro centro hospitalario, por cálculo impactado en colon sigmoides que condicionaba obstrucción intestinal, fiebre, dolor abdominal y escalofríos. Como antecedentes personales el paciente era hipertenso a tratamiento médico con β -bloqueantes, cardiopatía hipertensiva a tratamiento con antiagregantes y mononitrato de isosorbida, episodios previos de ángor, coleditiasis y cólicos biliares de repetición; como intervenciones quirúrgicas previas sólo presentaba la de un quiste pilonidal sacro. En la exploración nos encontramos con un paciente afebril, TA 140/70, eupneico con murmullo vesicular conservado y en ritmo sinusal, el abdomen estaba blando, depresible, con dolor continuo y doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin objetivarse masas ni organomegalias. En los estudios complementarios presentaba, leucocitos 20.750/ μ L (83% neutrófilos), fibrinógeno 682 mg/dL (normal hasta 600 mg/dL), GGT 86 U/L (valores normales hasta 66 U/L), colesterol 172 mg/dL, albúmina 2,88 gr/dL, pruebas de función renal, resto de pruebas de función hepática y pancreática normales. Se realizaron como técnicas de imagen: Radiografía abdominal: asas de intestino delgado distendidas con presencia de gas en marco cólico y distal; Serie obstructiva: Niveles hidroaéreos en relación con ileo reflejo y sin signos de perforación; Ecografía abdominal: Colon con disminución de la movilidad, pared fina excepto a nivel de colon sigmoides donde se objetiva engrosamiento de la misma. Imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior a nivel de sigma. pequeña cantidad de líquido libre en fosa iliaca izquierda; Tomografía axial computerizada: aerobilia, cálculo en sigmoides con colon de paredes engrosadas. Divertículos con datos de diverticulitis.

Tras estas exploraciones se solicitó colonoscopia en la que se extrajo con asa de polipectomía parcialmente el cálculo (fragmento de 3 cm. de diámetro), desobstruyendo el colon sigmoides, permitiendo en días posteriores la expulsión espontánea del resto de cálculo. En colonoscopia de control se objetivan a nivel del sigma lesiones por decúbito del cálculo y los divertículos sin datos de diverticulitis. El paciente permaneció ingresado en el servicio de Cirugía para valoración de colecistectomía e intervención de la fistula colecistocolónica.

Conclusiones.

1- La obstrucción colónica secundaria a litiasis biliar es una enfermedad rara.

2- La corrección de la obstrucción es el principal objetivo del tratamiento inicial; la colonoscopia puede conseguir dicho objetivo eficazmente, permitiendo realizar la cirugía de la vesícula y del trayecto fistuloso de forma diferida.

PERFORACION IATRÓGENA DE COLON. MANEJO ENDOSCÓPICO MEDIANTE CLIPS

V. Cadahía, R. de Francisco, G. Díaz, R.F. Velázquez, J.L. Alonso, A. Garrido, D. Marcos, O. González, L. Rodrigo.

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción.

La polipectomía endoscópica está asociada con un pequeño pero definido riesgo de sangrado y perforación. La incidencia de perforación iatrógena durante la colonoscopia terapéutica oscila entre el 0,15% y el 2,14% según las series publicadas. Esta complicación tiene una elevada mortalidad y el curso depende de la presencia o ausencia de sepsis. Aportamos un caso de perforación intestinal postpolipectomía y su evolución posterior.

Caso clínico.

Paciente de 78 años diagnosticado de Enfermedad de Crohn hace 20 años a tratamiento con 5-ASA, esofagitis péptica a tratamiento con Omeprazol, intervenido en 1984 con resección ileal asociado a estricturoplastia y by-pass ileocecal, en 1997 apendicectomía. No otros antecedentes de interés. El paciente acude programado para realización de colonoscopia de control de su Enfermedad Inflamatoria Intestinal; se visualiza pólipo menor de 1 cm. a nivel de ciego procediéndose a su extirpación con asa de polipectomía, momento en el que se produce una perforación de 1 cm. de longitud siendo visualizada al instante, por lo que se procede a colocar 8 clips (QuicKClip TM HX-200U-135) , sellando la misma en un tiempo inferior a treinta minutos.

Se realiza posteriormente radiografía abdominal objetivando neumoperitoneo. Se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro y se dejó al paciente en dieta absoluta. Tras ser valorado por el servicio de cirugía, el paciente es sometido a una laparotomía exploradora, objetivando el sellado completo de la lesión a nivel del ciego, no encontrándose líquido libre ni alteraciones relevantes. El paciente inició tolerancia oral a los 5 días y fue alta 7 días más tarde.

Conclusiones.

1- El objetivo más importante del tratamiento de las perforaciones iatrógenas es cerrarlas tan pronto como sea posible para evitar la salida de material fecal a la cavidad peritoneal. Con los Clips se minimiza el tiempo de cierre de forma significativa en comparación con la cirugía.

2- El tratamiento endoscópico con Clips de este tipo de perforaciones, es un tratamiento menos invasivo que las laparotomías y puede disminuir la gravedad de las complicaciones iatrógenas; no impidiendo la realización de cirugía en un segundo tiempo si fuera necesario.

ABSCESO Y FASCITIS GLÚTEA

Díaz P. I., Bernardo C. G., Rodicio J., Carles E., Gómez G., Navarrete F., Martínez E.
Servicio de Cirugía General I del HUCA

CASO CLÍNICO:

Mujer de 24 años que tiene como únicos antecedentes apendicectomía a los 7 años e inyección intramuscular en glúteo derecho hacía 11 años. La paciente relata el comienzo del proceso hace 4 años en relación con dolor lumbar tras coger peso, siendo tratado con calor local y antiinflamatorios locales (pomada). A los 4 meses refiere molestias en la pala iliaca derecha que le impide apoyarse sobre ese lado. No se asoció a fiebre y la radiografía de pelvis era normal. A los 4 meses se objetiva bultoma en glúteo derecho con aumento y enrojecimiento en los siguientes 15 días y con mejoría parcial tras ser tratado con antibióticos y antiinflamatorios orales. En la exploración se encuentra en glúteo derecho y zona sacra enrojecimiento y calor con zonas fluctuantes. Se le realiza ecografía hallándose colección glútea derecha y proceso osteomielítico de cresta iliaca derecha. En la TC se descarta que dependa de hueso o de articulación, pero existe una colección con aumento de partes blandas y cápsula adyacente a pala iliaca derecha y se extiende detrás de la misma y del sacro sobrepasando la línea media. Se drena absceso glúteo derecho que se extiende hacia pala iliaca derecha con dos trayectos hacia el sacro. En zona glútea se reseca tumoración leñosa (AP: absceso; Ziehl-Nielsen, gram y pas negativo). En la primera revisión al mes de la cirugía, persisten las molestias, sin fiebre ni otra sintomatología, pero se observa discreta hinchazón en zona glútea derecha y sacra. En ecografía se objetiva en zona glútea una estructura de baja ecogenicidad que se extiende al sacro y a la cresta iliaca derecha. Estos hallazgos son confirmados en la resonancia nuclear magnética (RNM), decidiéndose una nueva cirugía. Intraoperatoriamente se realiza ecografía para localizar y marcar la colección. Se reseca la fascia del glúteo derecho y presacra (fascitis glútea) con la colaboración del Servicio de Cirugía Plástica. El postoperatorio cursó sin incidencias. La anatomía patológica es informada como fibrosis.

LINFANGIOMA QUÍSTICO

Bernardo C. G., Del Valle S. R., Barbón E., Chocrón A., Navarrete F., Martín-Mateos A., Martínez E.

Servicio de Cirugía General I del HUCA

INTRODUCCIÓN:

El linfangioma quístico es un tumor de origen linfático poco frecuente, siendo la localización más común en el cuello (75 %) y en la axila (20 %). Los linfangiomas mesentéricos representan menos del 1 %. El origen es la falta congénita de drenaje linfático, desarrollando posteriormente un quiste. El tratamiento de elección es la exéresis completa para evitar recidivas.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 29 años, sin enfermedades de interés, intervenciones previas, ni tratamientos crónicos. El paciente acude a urgencias por un cuadro de vómitos alimenticios y episodios diarreicos con pérdida de 3-4 Kg. de peso, siendo diagnosticado de gastroenteritis aguda y remitido a su Digestólogo para completar estudios. Realizó ecografía abdominal hallándose una masa multicompartimentada, de pared fina y sin componentes sólidos de 10 cms. de diámetro en mesenterio, compatible con linfangioma. En la TC abdominal se objetiva masa en hemiabdomen inferior izquierdo de 7,8 x 4,5 cms, bien definido que desplaza asas intestinales sin infiltrarlas, compatible con linfangioma. Con esta sospecha clínica se somete al paciente a laparotomía programada bajo anestesia general. Los hallazgos intraoperatorios descubren masa quística de contenido lechoso en mesenterio de primeras asas de yeyuno con adenopatías en el mesenterio. Se realiza exéresis de la masa sin precisar resección intestinal. El postoperatorio transcurre sin incidencias. La anatomía patológica informa de linfangioma quístico con hiperplasia folicular sin otras alteraciones morfológicas.

DISCUSIÓN:

Los linfangiomas son más frecuentes en la infancia y la adolescencia con una incidencia en 1/12000 nacidos vivos. Son raros a partir de la tercera década de la vida. La localización mesentérica es solo del 1 %. La mayoría son asintomáticos y la clínica (masa dolorosa) se relaciona con complicaciones como infección, obstrucción digestiva, hemorragia o ascitis asociada. En las pruebas de imagen se pueden encontrar desplazamiento de gas y partes blandas, calcificaciones en radiografía, formaciones septadas, multiloculadas, heterogéneas en ecografía y masas quísticas con densidad grasa y agua y/o sangrado en su interior en la TC. Ocasionalmente se usa resonancia nuclear magnética (RNM) para ver su contenido y naturaleza. El tratamiento de elección es la exéresis completa para evitar recidivas que se ha descrito con abordaje laparoscópico. El uso de esclerosantes (alcohol, formol) esta desestimado y solo se usa en casos de resección incompleta o en recidiva si el riesgo de una nueva cirugía para el paciente es elevada.

BIBLIOGRAFÍA:

- Kozlowski K. J., Frazier C. N., Quirk J.G. Prenatal diagnosis of abdominal cystic hygroma. *Prenat Diagn.* 1988; 8: 405-9.
- Fundaro S., Medici L., Perrone S., Natalini G. Cystic lymphangioma of the mesentery. A case of intestinal obstruction and a brief review of the literature. *Minerva Chir.* 1998; 53:939-42.
- Ros P. R., Olmsted W. W. et al. Mesenteric and omental cysts: Histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987; 164: 327-332.
- Moreno Sanz C., Marcello Fernández M., Hernández Gcía-Gallardo D., Jiménez Romero C., González Pinto I., Loinaz Seguro C., Rico Selas P., Hidalgo Pascual M., Moreno González E. Obstrucción intestinal por linfangioma quístico intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 1995; 87:758-9.

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

Bernardo C. G., Díaz P. Y., Carles E., Laso C., Glez J., Sanz L., Martínez E.
Servicio de Cirugía General I del HUCA

INTRODUCCION:

Los tumores retroperitoneales representan el 0,07 – 0,2 % de todas las neoplasias siendo el liposarcoma la estirpe histológica más frecuente. Los síntomas habituales son el dolor abdominal y aumento del perímetro abdominal. El tratamiento es la cirugía radical a veces imposible por afectación de órganos vecinos.

CASO CLÍNICO:

Varón de 67 años diagnosticado de epilepsia, arritmia cardíaca, hipertensión y dislipemia. Intervenido hace 5 años de adenoma prostático y hernia inguinal encontrándose abundante grasa en esa zona, por lo que se realizan pruebas diagnósticas complementarias, encontrándose lipoma retroperitoneal (4 Kg.) que se reseca y recidiva en dos ocasiones siendo extirpado nuevamente. La última anatomía patológica se informa de liposarcoma. Se realizaron controles posteriores detectándose en TC recidiva tumoral en grasa mesentérica de vacío derecho (7 x 6 cm.) con infiltración del colon ascendente y sin poder descartar afectación de pared abdominal adyacente. Incidentalmente se detecta adenoma suprarrenal bilateral. En la exploración física se palpa masa en vacío y fosa iliaca derecha. Se decide cirugía programada. Como hallazgos intraoperatorios constan gran masa que ocupa el hemiabdomen derecho desde diafragma a pelvis, comprime vejiga y asoma por anillo inguinal profundo, engloba el riñón derecho y afecta zona ileocecoapendicular. Intervención: exéresis de la masa, nefrectomía y hemicolectomía derecha. La evolución postoperatoria cursa dentro de límites normales, salvo parestesia bilateral del ciático poplíteo externo con electromiografía normal. La anatomía patológica es informada como liposarcoma bien diferenciado con áreas desdiferenciadas (sarcoma fusocelular grado II), infiltrando grasa pericólica (unido a la capa muscular externa). Los bordes de resección intestinal están libres de tumor. Nefrectomía derecha normal. Adenoma suprarrenal.

DISCUSIÓN:

Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, (0,1% de todas las neoplasias) siendo malignos el 85 %. El liposarcoma es el tipo histológico más frecuente. Es de origen mesodérmico, hipovasculares, de gran tamaño, de densidad grasa y de etiología desconocida. Puede desarrollarse a partir de grasa peritoneal o de un lipoma benigno, de crecimiento lento y expansivo. Clínicamente se manifiesta como un dolor abdominal difuso, síndrome constitucional, anorexia, adelgazamiento y aumento del perímetro abdominal. El 78 % de los casos se detecta una masa palpable indolora.

Las pruebas de imagen que orientan el diagnóstico van desde Rx simple de abdomen (desplazamiento sombra renal y calcificaciones) Eco (masa sólida); TC (tamaño, extensión, afectación órganos vecinos); RNM (en caso de calcificaciones, fibrosis, necrosis y hemorragia).

Es importante en el tratamiento la exéresis total, englobando órganos (precisan nefrectomía en el 25 %). La afectación de órganos vecinos hace irreseccable el 83 % de los casos, con reaparición local del tumor en estos casos del 50 – 100%, siendo la principal causa de muerte. La radioterapia se suele usar como tratamiento en no operables y como complemento a la cirugía en los de resección incompleta (no se demostró más supervivencia en resecciones microscópicas completas).

Se clasifican histológicamente en cuatro grupos: mixoide, pleomorfo, lipoblástica y bien diferenciado (lipoma like-mejor pronóstico y el más frecuente).

La localización retroperitoneal es un factor de mal pronóstico junto con al edad, tamaño, márgenes de resección, afectación multiorgánica e histología (grado tumoral, diferenciación celular, nº mitosis y extensión de la necrosis). En tumores bien diferenciados, la supervivencia a los 5 años es del 75-100 % y la recidiva suele aparecer a los 44 meses de media.

BIBLIOGRAFÍA:

- Linehan DC, Lewis JJ., Leung D., Brennan MF.: Influence of biologic factors and anatomic site in completely resected liposarcoma. *J Clin Oncol* 2000; 18 (8):1637-1643.
- Guzmán Martínez-Valls PL., Ferrero Doria R., López Alba J. et al: Liposarcima retroperitoneal. A propósito de tres casos. *Arch Esp de Urol* 1997; 50 (5): 529-531.
- Azpiazua Amaiz P., Muro Bidaurre I., De Frutos Gamero A. et al: Tumores retroperitoneales. Liposarcoma mixoide retroperitoneal. Presentación de un nuevo caso. *Arch Esp de Urol* 2000; 53 (2): 170-173.

MUCOCELE APENDICULAR

Carles E., Bernardo C. G., Rodicio J., Chocrón A., Martín-Mateos A., Navarrete F., Martínez E.

Servicio de Cirugía General I del HUCA

INTRODUCCIÓN:

El mucocele apendicular tiene importancia por su posibilidad de malignidad. Los mucoceles primarios de apéndice se clasifican en mucocele simple, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudomixoma peritoneal en su etapa más avanzada. El enfoque terapéutico varía según la histología. Comentamos un caso de cistoadenoma mucinoso con focos de adenocarcinoma intramucoso de bajo grado.

CASO CLÍNICO:

Varón de 44 años sin antecedentes de interés que ingresa para cirugía programada de hernia inguinal derecha. En el quirófano se objetiva tejido mixoide en zona herniaria que se extirpa, con biopsia intraoperatoria benigna y diferida de hiperplasia mesotelial con cambios mixoides, sin elementos epiteliales. Tras un postoperatorio sin incidencias, se realiza ambulatoriamente TC abdominal objetivando una masa quística intrabdominal por lo que reingresa a los 15 días para exéresis. Se realiza laparotomía infraumbilical encontrándose una tumoración de aspecto mucoide en relación con apéndice cecal que se reseca. La evolución postcirugía cursa sin complicaciones. La anatomía patológica es informada como apéndice cecal con cistoadenoma mucinoso roto con focos de adenocarcinoma intramucoso de bajo grado, compatible con síndrome clínico de pseudomixoma peritoneal. El paciente es remitido a Oncología Médica, donde dado que esta asintomático, no hay evidencia de progresión en ninguna prueba realizada (TC, hemograma, bioquímica, función renal y hepática) y se trata de un tumor de crecimiento lento, se decide actitud expectante. En la TC realizada a los 3 meses de la cirugía no se objetiva recidiva.

DISCUSIÓN:

El mucocele apendicular suele ser un hallazgo incidental (60 %) al ser asintomático hasta fases avanzadas de la enfermedad. La clínica apendicular aguda es rara y si se presenta es más en cistoadenocarcinoma o pseudomixoma peritoneal. En los tumores mayores de 2 cm. debe de realizarse apendicectomía, a pesar de no existir estudios concluyentes de que el tamaño influya en la malignidad. En aquellos tumores de gran tamaño o con criterios de malignidad se realizará cequectomía o hemicolectomía derecha. Se han publicado casos de recidiva local y en las puertas de entrada en abordaje laparoscópico cuando el tumor es de gran tamaño. En los casos de pseudomixoma peritoneal se debe realizar cirugía para reducir masa tumoral asociado o no a quimioterapia intrabdominal-sistémica. No obstante algunas publicaciones establecen conceptos, tratamiento y pronóstico diferente para pseudomixoma peritoneal (PMP), adenomucinoso peritoneal diseminado (DPAM) y carcinomatosis peritoneal mucinosa (PMCA). Se puede asociar a una incidencia elevada de neoplasias de colon y ginecológicas, por lo que deben realizarse estudios complementarios.

BIBLIOGRAFIA :

- Ronnett B. M., Hui Yan, Kurman R. J., Shookler B. M., Lee Wu, Sugarbaker P. H. Patients with Pseudomyxoma Peritonei Associated with Disseminated Peritoneal Adenomucinosis Have a Significantly More Favorable Prgnosis than Patients with Peritoneal Mucinous Carcinomatosis. *Cancer* 2000; 92: 85-91.
- Ronnett B. M., Zanh C. M., Kurman R. J., Kass M., Sugarbaker P., H.Shookler B. M. Disseminated Peritoneal Adenomucinosis and Peritoneal Mucinous Carcinomatosis. A clinicopathologic analysis of 109 cases with emphasis on distinguishing pathologic features, sites of origin, prognosis and real-tionship to pesudomyxoma peritonei. *Am J Surg Pathol* 1995; 19 (12): 1390-1408.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ANISAKIASIS DIGESTIVA

C Ildefonso, I Rodríguez, A Fernández, S Pérez- Holanda, JM Llera, J Granero

Definición

La anisakiasis es una enfermedad causada por la ingestión de la larva del gusano Anisakis, presente en el pescado crudo o poco cocinado.

Caso clínico

Mujer de 42 años, apendicectomizada y consumidora habitual de pescado, que presenta una obstrucción de intestino delgado, que precisa intervención quirúrgica urgente y resección de un segmento de íleon de consistencia dura y pared rígida, que provoca estenosis de la luz intestinal. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica revela un infiltrado eosinofílico intenso en la pared intestinal rodeando a un nematodo de la familia Anisakidae.

No presentaba eosinofilia en sangre, el coprocultivo fue negativo y la determinación postoperatoria de IgE fue normal.

Discusión

La mayoría de las infestaciones por Anisakis cursan de forma asintomática o se manifiestan por fenómenos de hipersensibilidad inmediata, mediada por IgE. Pero, también pueden manifestarse como cuadros gastrointestinales, tipo obstrucción intestinal, apendicitis, peritonitis, úlcus o simular una enfermedad de Crohn, debido al efecto local de la larva sobre el segmento del tubo digestivo donde asienta. El parásito penetra en la mucosa, desencadenando una reacción inflamatoria predominantemente de tipo alérgico, hasta que muere destruido por el huésped, o, es extirpado, siendo llamativa la presencia de un infiltrado eosinofílico, linfocitos, células plasmáticas y polimorfonucleares neutrófilos.

En las formas intestinales, los cuadros clínicos con frecuencia simulan un abdomen agudo quirúrgico y suelen obligar a una laparotomía urgente. En los casos con perforación o en las formas oclusivas, la resección del segmento afectado, soluciona definitivamente el cuadro.

Como profilaxis, es importante insistir en las campañas informativas y desaconsejar el consumo de pescado crudo o deben ser sometidos a proceso de congelación –descongelación antes de ser consumidos. Las larvas pueden sobrevivir en vinagre 51 días, 50 días a 2°C, 2 horas a –20°C y 1 segundo a 60°C. Por tanto, es recomendable congelar el pescado a –20°C al menos 24 horas o cocinarlo a más de 60°C, ya que tanto la sal, como el aceite, escabeche o ahumado, son ineficaces sobre las larvas.

LINFOMA TIPO MALT DE YEYUNO

C Ildefonso, I Rodríguez, S Pérez-Holanda, JM, Llera, A Fernández, J Granero

Introducción

Los linfomas gastrointestinales primarios solo constituyen de un 1-4% de los tumores gastrointestinales, aunque son el grupo más frecuente de linfomas extranodales. De ellos los linfomas de intestino delgado constituyen el 20-30% y los linfomas intestinales MALT representan sólo el 25% del total.

Caso clínico

Varón de 64, diagnosticado 2 años antes de carcinoma de células transicionales de vejiga, estadio A, que presenta síndrome general y sangrado digestivo con cambio de hábito intestinal hacia diarrea y en los últimos días náuseas y vómitos por oclusión intestinal.

En el tránsito gastrointestinal con bario se demuestra la existencia de una estenosis concéntrica yeyunal de 7 cm que condiciona obstrucción intestinal. La ecografía y el TAC abdominal muestran un engrosamiento nodular de un asa de yeyuno que se acompaña de un bloque adenopático.

Se le realiza una resección intestinal de 40 cm de yeyuno. El postoperatorio evoluciona de forma favorable y el estudio anatomopatológico revela la existencia de un linfoma MALT con varios focos mucosos diseminados, que infiltra todo el grosor parietal hasta serosa, con afectación 30 ganglios de 43 aislados.

Discusión

Los linfomas gastrointestinales se clasifican en: linfomas de histología MALT y linfomas de histologías similares a las encontradas en los ganglios.

El linfoma MALT pertenece al grupo de los linfomas de la zona marginal y se caracteriza por permanecer tiempo localizado, posibilidad de curación con cirugía, quimioterapia o radioterapia y posibilidad de curarse en algunos casos con terapia erradicativa anti-*Helicobacter Pylori*. En general, se consideran de bajo grado (35-50%), aunque también los hay de alto grado, que constituyen un grupo de linfomas agresivos pero que aún conservan zonas MALT, que indican su procedencia (15-20%).

Según la clasificación de Lugano por estadios: el I está confinado al tracto gastrointestinal intestinal con uno o múltiples lesiones no contiguas, el II afecta a los ganglios locales, el II2 afecta a ganglios abdominales distales, el IIE invade órganos vecinos por difusión a través de la serosa y el IV supone una afectación extranodal diseminada o del tracto gastrointestinal junto con nódulo supradiafragmático. No existe el estadio III.

La cirugía es necesaria para el diagnóstico del 80% de los casos, que es el tratamiento estándar aunque solo consigue ser radical en un 25% de los casos.

Según el grado de diferenciación y estadio se tratan con cirugía, quimioterapia y radioterapia asociadas.

VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA GPC SOBRE DISPEPSIA (GPC - D) DE LA AEG, SEMFYC, CCI. EN LAS ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LA DISPEPSIA EN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP) DEL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA (ASP)

F Bacariza(1), J.Clofent(2), F Castrillo(1), F Tarrío(1), P Alonso(3), J J Mascort(4), R Camilo(4), C Cabezas(5), y JM Piqué(6). (1)MAP Area Sur Pontevedra; (2)Sección Aparato Digestivo, Htal Meixoeiro,Vigo; (3)MAP Centro Cochrane Iberoamericano, Barcelona; (4)MAP La Florida Sud del ICS,Barcelona; (5)Fundació J Gol, Barcelona; (6)Servicio de Gastroenterología, Htal Clinic, Barcelona.

Introducción:

El grado de conocimiento y/o de adhesión a las recomendaciones de una GPC – D de ámbito nacional por los MAP en una determinada área de salud puede proporcionar información válida para poder ser utilizada en la mejora de su correcta implementación atendiendo a las características locales.

Objetivo:

Valorar la actitud de los MAP del ASP ante el manejo de la dispepsia 1) previa a la diseminación de la GPC – D de la AEG, semFyc, CCI. entre MAP del ASP y 2) a los 6 meses después de la entrega de la misma entre los que indicaron haberla leído.

Material y Métodos:

Estudio observacional descriptivo realizado mediante dos cuestionarios anónimos auto-administrados que incluía 6 casos prácticos (3 sobre dispepsia no investigada y 3 sobre dispepsia investigada) y 6 actitudes sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal y la infección H.Pylori; sólo una pregunta sobre dispepsia no investigada difería entre ambas. La GPC-D fue distribuida en el centro de trabajo, con entrega en mano, a 221/234 (94%) MAP del ASP. Por el mismo procedimiento, la primera encuesta fue entregada y contestada entre 2 y 7 días previos a la diseminación de la guía, respondiendo 167/221(75,5%) de los MAP. En la segunda encuesta realizada a los 6 meses, 129/221(58,4%) MAP respondieron haber leído la guía total o parcialmente. Se calculan las correspondientes proporciones y se comparan mediante la prueba z.

Resultados:

El porcentaje de respuestas acorde con las recomendaciones antes y después de la lectura de la guía fue, respectivamente, en la dispepsia no investigada : 18,9% vs 35,1% ($p < 0.005$), 57,3% vs 54,6% (ns) y 11,0 vs 43,5% ($p < 0.001$); en la dispepsia investigada: 38,9% vs 39,7% (ns), 41,21% vs 48,46% (ns) y 67,9% vs 80,5% ($p < 0.001$); pauta AOC como primera elección de tratamiento erradicador H.Pylori: 98,2% vs 98,5% (ns); duración de tratamiento erradicador de H.Pylori de 7 días : 53,0% vs 58,6% (ns); en la úlcera duodenal, no necesidad de control endoscópico para confirmar la cicatrización : 73,9% vs 56,2% ($p < 0.001$) y no necesidad de efectuar un test del aliento o endoscopia para confirmar erradicación: 46,1% vs 43,7% (ns); en

la úlcera gástrica, necesidad de control endoscópico para confirmar cicatrización y erradicación: 35,3% vs 38,2% (ns) y necesidad de mantener tratamiento con IBP durante 8 semanas 20,4% vs 25,2%(ns).

Conclusiones:

Los MAP del ASP presentan un bajo grado de adhesión a las recomendaciones de la GPC-D de la AEG, semFYC, CCI; que no mejora sustancialmente tras una exhaustiva diseminación y lectura de la guía. Se sugiere que para conseguir su correcta implementación es necesario efectuar diversas medidas coordinadas y sostenidas en el tiempo.

P-17

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR MEDIANTE ABLACION TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA: RESULTADOS INICIALES

Javier F. Castroagudín, Manuel B. Delgado, Stella M. Martínez, Augusto Villanueva, Carmen Villalba, Enrique Domínguez Muñoz.

Unidad Ode Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago

INTRODUCCION:

Los tratamientos percutáneos constituyen la opción más eficiente en el manejo terapéutico con intención curativa del carcinoma hepatocelular (CHC) en estadio inicial no subsidiario de tratamiento quirúrgico –resección o trasplante. La ablación por radiofrecuencia (RF) ha surgido en los últimos años como alternativa a la inyección percutánea de etanol (IPE) con la intención de aumentar la efectividad del tratamiento antitumoral en términos de mayor volumen de necrosis, menor tasa de recurrencia e incremento de la supervivencia.

OBJETIVO:

Analizar la aplicabilidad, eficacia y seguridad de la de la ablación por RF en el tratamiento del carcinoma hepatocelular.

PACIENTES Y METODOS:

Durante un período de 6 meses, 3 pacientes con cirrosis hepática y CHC (2 varones, edad media 65 años, rango 58-72) fueron tratados mediante RF. La etiología de la cirrosis fue infección por el VHC en 2 casos e infección por VHB en el caso restante. La RF se aplicó con intención curativa en 1 paciente no candidato a tratamiento quirúrgico en el que no se había logrado respuesta local completa del CHC tras tres ciclos de IPE, y como terapia neoadyuvante del CHC en lista de espera para trasplante hepático en los 2 enfermos restantes. Todos los pacientes se encontraban en grado funcional Child-Pugh A de 5 puntos. El CHC era único en 2 pacientes y multinodular en el caso restante. El diámetro medio fue de 28.7 mm. Los niveles medios de AFP pre-tratamiento fueron 109 ng/mL (rango 1.3-319.6). Acorde con la clasificación TNM, 2 pacientes eran T2 y 1 T3. No existía evidencia de invasión vascular, ganglionar ni a distancia. La ablación por RF se realizó en 4 nódulos mediante el dispositivo Cool-tip RF® (Radionics, Burlington, Mass., EE.UU). Se emplearon agujas de calibre 15G con guiado continuo por ecografía. El procedimiento se llevó a cabo bajo monitorización pulsioximétrica no invasiva, oxigenoterapia, anestesia local con Mepivacaína 2% y sedación consciente mediante la administración de Midazolam y Meperidina intravenosas. La eficacia terapéutica se determinó mediante TC helicoidal y resonancia magnética a las 4 semanas del procedimiento.

RESULTADOS:

En 2 lesiones se observó respuesta local completa (RC), respuesta parcial (RP) en 1 y no respuesta en el caso restante. Las complicaciones observadas fueron dolor abdominal que precisó prolongación de la terapia analgésica en 1 caso y necesidad de reversión de la sedación en

otro caso. No se presentaron complicaciones mayores. La lesión con RP fue sometida posteriormente a un ciclo de IPE, obteniendo un porcentaje de necrosis del 70-80% del volumen tumoral total. En el momento actual todos los pacientes están vivos y sin datos de recidiva o progresión tumoral. **CONCLUSIONES:** La ablación por RF es un procedimiento seguro y eficaz en el manejo terapéutico no quirúrgico del hepatocarcinoma. Es necesaria una mayor experiencia en su aplicación con el fin de constituir una modalidad terapéutica complementaria a la IPE en el seno de Unidades especializadas en el tratamiento del carcinoma hepatocelular.

EROSION AORTOENTÉRICA SECUNDARIA

Del Valle Ruiz S, Carles Sicilia E, García Bernardo C, Vicente Santiago M, Sanz Alvarez L, González González JJ

INTRODUCCIÓN:

Las erosiones aortoentéricas secundarias son una patología extremadamente rara. Las más frecuentes son las fistulas aortoduodenales. Presentamos un caso de erosión aortoduodenal secundaria atendido en nuestro servicio de año pasado.

CASO CLÍNICO:

Varón de 78 años, con alergia a penicilina, diabetes mellitus tipo II a tratamiento dietético, colelitiasis y diverticulosis colónica. En 1979 fue intervenido por ulcus duodenal perforado, realizándose vagotomía troncular bilateral, gastroyeyunostomía retrocólica y esplenectomía. Posteriormente aquel mismo año, debido a una isquemia crónica de miembros inferiores grado IIIb se le practicó un by-pass aortobifemoral con prótesis de Dacron ©. En 1995, debido a la aparición de pseudoaneurismas aórtico y femoral derecho se reintervino realizándose resección de los pseudoaneurismas y colocación de una prótesis recta de 18 mm. aórtica y de 9 mm. en la femoral derecha, ambas de Dacron ©.

El paciente acudió al servicio de urgencias por hematemesis sin repercusión hemodinámica. Se realizó gastroscopia que visualizó la prótesis aórtica incluida en la 3ª porción duodenal, sin sangrado activo. La TC demostró ausencia de plano de clivaje entre la prótesis y el duodeno. La aortografía no mostró fugas ni irregularidades parietales.

Se intervino conjuntamente con el servicio de Cirugía Vascular, encontrándose orificio en 4ª porción duodenal de 5 cm. de diámetro que descansaba directamente sobre el cuerpo de la prótesis aórtica. Se seccionó próximamente el duodeno mediante grapadora, resecaando el segmento fistulizado y se reconstruyó el tránsito con una Y de Roux al asa aferente de la gastroyeyunostomía. La cirugía se completó con una colecistectomía y yeyunostomía de alimentación. No se realizó actuación alguna sobre la prótesis aórtica.

La evolución postoperatoria fue favorable salvo infección de la herida quirúrgica. Se mantuvo antibioterapia prolongada con ciprofloxacino. El paciente se encuentra asintomático 8 meses después.

DISCUSIÓN:

Las erosiones aortoduodenales secundarias son entidades infrecuentes que precisan un tratamiento individualizado, recomendándose en general el recambio protésico. En nuestro caso no fue preciso ya que el segmento de prótesis que provocó la erosión duodenal no se correspondía con los extremos ni había comunicación con la luz aórtica. La hemorragia digestiva alta que presentó el paciente fue debida a la rotura de la pared duodenal por el decúbito protésico y no a una auténtica comunicación aortoduodenal.

RENDIMIENTO DE UNIDAD ENDOSCÓPICA EN HOSPITAL COMARCAL

J.M. Llera, E. López, J.I. Rodríguez Campos, J. Granero, C. Ildefonso, S. Pérez-Holanda.
Servicio de Cirugía General. Hospital del Oriente de Asturias

Presentación:

Con el objeto de valorar la eficiencia de nuestro servicio de endoscopia, mejorar el rendimiento y disminuir listas de espera, hemos realizado un estudio retrospectivo sobre el aprovechamiento de las sesiones y causas de cancelación de citas.

Material y método:

Durante el año 2003 se realizaron en nuestro centro un total de 417 gastroscopias y 350 colonoscopias.

A lo largo de ese período se ha auditado mensualmente la actividad endoscópica en base a cuatro parámetros: número de sesiones, número de sesiones completas, pacientes citados y endoscopias efectivamente realizadas.

Se han analizado además las causas de la no realización de endoscopias que estaban citadas.

Resultados:

El número de sesiones se mantiene uniforme durante todo el año, oscilando entre 10-12 sesiones mensuales. El porcentaje de sesiones completas sobre el total es de 27,7% (36/130). El número total de pacientes citados fue de 905 habiéndose realizado 767 (84,7%). No se realizó endoscopia a 138 pacientes que aparecían en el listado de citaciones (15,3%).

Las dos principales causas de no realización son la ausencia no comunicada del paciente en 93 casos (10,27%) y la no supresión de medicación anticoagulante en 30 casos (3,3%).

Otras causas poco frecuentes fueron: avería en el aparataje, renuncia voluntaria, no realización de preparación de colon o intolerancia a la misma, no acudir en ayunas y confusión en el día de la cita, que suponen 15 casos (1,7%).

Conclusiones:

El aprovechamiento de nuestras sesiones endoscópicas se sitúa en el 85%. De entre las causas que disminuyen el rendimiento, las dos principales han sido la ausencia no comunicada y la no supresión de anticoagulación. Para evitar este efecto proponemos:

- Información clara, detallada y comprensible.
- Protocolizar supresión de anticoagulación y dar instrucciones.
- Implicación del servicio de admisiones.
- Tratar de confirmar asistencia previamente.
- Organización de aquellas sesiones que requieran mayor tiempo (p. ej. polipectomía).

La mejoría de estos parámetros permitiría un mejor aprovechamiento de nuestras sesiones endoscópicas.

FENESTRACIÓN DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE HEMORRÁGICO POR VÍA ENDOSCÓPICA

JL Graña, MA Martínez, A Domínguez, M Herrero, MA Vega, F Pozo.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes hepáticos no parasitarios (adquiridos o congénitos) son las lesiones más frecuentes del hígado. La mayoría son asintomáticos, su diagnóstico es casual y no precisan tratamiento. La clínica de los casos sintomáticos se debe a la compresión de estructuras vecinas o a la aparición de complicaciones (hemorragia o infección intraquísticas, rotura o torsión) lo que ocurre en menos del 5% de los casos. La malignización es excepcional. El tratamiento puede realizarse por vía percutánea o quirúrgica, no existiendo consenso sobre la estrategia terapéutica a seguir en cada caso.

CASO CLÍNICO:

Varón de 70 años con antecedentes de neumonía en la infancia, herniorrafia inguinal bilateral y episodio autolimitado de ACxFA. Fue diagnosticado hace 15 años de quiste hepático simple de 5 cm con controles posteriores esporádicos (el último hace 5 años) en los que se apreció leve crecimiento.

Consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación a espalda de 15 días de evolución. En la última semana el dolor se hace más intenso y se acompaña de mareos. Exploración: masa epigástrica y en HD, dolorosa. Circulación venosa en pared abdominal llamativa.

Analítica: anemia de 2 gr de Hb en los últimos 3 días.

ECO y TAC: gran quiste hepático único, de 20 cm de diámetro mayor, con sospecha de contenido hemático en su interior.

El paciente fue intervenido a través de cuatro orificios (2 x 10 y 2 x 5 mm). En el vídeo se explican los distintos pasos quirúrgicos: evacuación de 4,2 litros de líquido hemorrágico y coágulos intraquísticos, fenestración amplia, hemostasia y drenaje. No se apreciaron fugas biliares.

Fue dado de alta hospitalaria a las 48 horas de la operación, retirándose el drenaje al día siguiente (seroso y escaso). Se presenta también TAC abdominal de control postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El tratamiento percutáneo mediante aspiración seguida de inyección esclerosante se ha mostrado eficaz si bien puede precisar varias sesiones y no está exento de complicaciones, algunas graves. Está especialmente indicado en caso de infección intraquística y contraindicado cuando se sospecha comunicación con el árbol biliar o neoplasia.

El tratamiento quirúrgico usual consiste en la fenestración amplia de la pared del quiste. La resección o el trasplante hepático se reservan para casos complejos. La vía laparoscópica aporta todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva obviando la morbilidad postoperatoria inmediata y tardía de la cirugía abierta.

FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD Y CIRUGIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON COLITIS ISQUÉMICA

E González Vázquez1, L.Núñez Calvo1, J.Cubiella Fernández2, M. Vega García-Luengos2, J Fernández Seara2.

Servicios Medicina Interna1 y Aparato Digestivo2.CHOU. Ourense.

Introducción:

El espectro clínico de la colitis isquémica (C.I.) es amplio, variando desde el abdomen agudo hasta el síndrome diarreico agudo. En función de la forma de presentación y de la evolución, el paciente puede precisar cirugía de forma urgente o fallecer por esta patología.

Objetivos:

Evaluar los factores pronósticos asociados a requerimiento de cirugía y mortalidad, en base a las variables disponibles al ingreso.

Material y métodos:

Entre enero de 1998 y marzo de 2003 fueron diagnosticados 154 paciente con C.I. en base a los hallazgos endoscópicos y/o biopsia diagnóstica o compatible. Se analizaron de modo retrospectivo 35 variables cualitativas y 21 variables cuantitativas relacionadas con los datos demográficos, la patología basal, la clínica y los datos analíticos al ingreso. Se compararon dichas variables respecto a la necesidad de cirugía y el fallecimiento durante la estancia hospitalaria. Las variables cuantitativas estadísticamente significativas en la U de Mann-Whitney se transformaron en variables cualitativas mediante la realización de curvas ROC. Finalmente, se realizó la prueba exacta de Fisher estimándose estadísticamente significativas aquellas con $p < 0.05$.

Resultados:

Las variables asociadas a la necesidad de cirugía fueron el antecedente de ACxFA ($p = 0.043$) y enfermedad vascular cerebral ($p = 0.001$), ausencia de hematoquecia ($p < 0.001$) y diarrea ($p < 0.007$), presencia de distensión abdominal ($p < 0.001$), shock ($p = 0.006$) y peritonismo difuso ($p < 0.001$), $pCO_2 < 32$ mmHg ($p < 0.001$), $HCO_3 < 22.5$ mmol/l ($p < 0.001$), $Hgb < 12.8$ g/dl ($p < 0.001$), $Ca < 8$ mg/dl ($p < 0.001$), $Urea > 65$ mg/dl ($p = 0.009$) y $Creatinina > 1.2$ mg/dl ($p = 0.016$). Las variables asociadas a mortalidad fueron antecedente de enfermedad vascular cerebral ($p = 0.001$), ausencia de hematoquecia ($p < 0.001$), presencia de distensión abdominal ($p = 0.004$) y peritonismo difuso ($p < 0.001$), $HCO_3 < 20.5$ mmol/l ($p < 0.001$), $Hgb < 13.9$ g/dl ($p = 0.016$), $Ca < 8$ mg/dl ($p < 0.001$), $Urea > 69$ mg/dl ($p = 0.028$), $INR > 1.2$ ($p = 0.016$), $Creatinina > 1.5$ mg/dl ($p = 0.001$), $TP < 79$ % ($p = 0.04$) y necesidad de cirugía al ingreso ($p = 0.001$).

Conclusión:

La necesidad de cirugía y la mortalidad durante un episodio de C.I. se asocia a una serie de variables que deben ser tenidas en cuenta en la práctica clínica. No obstante, se necesitan estudios prospectivos que evalúen que variables se asocian de forma independiente a la cirugía y la mortalidad.

SIGNIFICADO CLINICOPATOLOGICO DE LAS CONCENTRACIONES CITOSÓLICAS DE CATEPSINA D EN EL CANCER GÁSTRICO

JM del Casar, F Vizoso, O Abdel-Laa, L Sanz, A. Martín, D Corte, Bongera M, Garcia Muñiz JL.

RESUMEN:

La catepsina D es una aspartil-proteasa involucrada en el catabolismo proteico y la remodelación tisular. En esta Tesis Doctoral evaluamos las concentraciones intratumorales de catepsina D en el cáncer gástrico, su relación con parámetros clínico-patológicos, así como también su significado pronóstico.

Material y métodos:

Este estudio prospectivo incluye una serie de 133 pacientes con adenocarcinoma gástrico primario sometidos a intervención quirúrgica de sus tumores. Se evaluó la recurrencia tumoral y la supervivencia durante un periodo medio de seguimiento de 27 meses. La catepsina D fue determinada en el citosol de las muestras tumorales mediante análisis inmuno-radiométrico, que determinó la cantidad total de catepsina D (52K, 48K y 34K).

Resultados:

Las concentraciones intratumorales de catepsina D variaron de 4 a 1434,9 pmol/mg de proteína, y de 1 a 136,7 pmo/mg de proteína en las muestras de mucosa gástrica adyacente a los tumores. El contenido de catepsina D fue significativamente más elevado en el tejido neoplásico (mediana: 41,9, intervalo: 4-1434,9 pmol/mg proteína) que en las muestras de mucosa adyacente (mediana: 28,8, intervalo: 1-136,7 pmol/mg proteína) ($p \leq 0,001$). El análisis estadístico también demostró que los pacientes con niveles intratumorales elevados de catepsina D tuvieron una supervivencia significativamente más corta que aquellos con niveles más bajos de la proteasa, tanto en el conjunto de los pacientes como en aquellos con tumores quirúrgicamente resecables ($p \leq 0,01$ y $p \leq 0,001$, respectivamente). Además, la catepsina D fue un factor pronóstico independiente en el análisis multivariante ($p \leq 0,02$).

Conclusiones:

Las concentraciones intratumorales de catepsina D más elevadas que las presentes en la mucosa gástrica no neoplásica sugieren un papel de la proteasa en la transformación maligna del epitelio gástrico. Asimismo, los niveles intratumorales elevados de catepsina D identifican a un subgrupo de pacientes con cáncer gástrico con un peor pronóstico.

AINES E INGRESO HOSPITALARIO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL COMARCAL

L.L. Rivas, M. Pérez, F. Pérez, M. Álvarez, M.T. Martín, M.J. Candanedo, M. Crespo, G. Manso
H.S.A. Avilés

Introducción:

Disponemos de múltiples estudios tanto españoles como de otros países que demuestran que los AINES son el grupo farmacológico que produce más reacciones adversas (RADs) y también, que suponen una causa importante de ingreso hospitalario. Sin embargo, no conocemos la existencia de estudios en hospitales comarcales de nuestro país que evalúen de forma prospectiva el impacto de las reacciones adversas por AINES en los ingresos hospitalarios.

Objetivos:

(1) Analizar la totalidad de los ingresos de pacientes adultos y conocer el número de ellos, cuyo ingreso está causado o condicionado por la toma de AINES. (2) Analizar las características clínicas de estos pacientes, el tipo de AINE y el uso o no de gastroprotección.

Método:

Análisis prospectivo de las historias clínicas de los pacientes adultos (>14 a.) que ingresaron entre el 26/03/01 y el 24/06/01 (91,25 días), de forma no programada y tomando AINES. El análisis se realizó con el apoyo de las ATS y el médico responsable de la Unidad de Codificación de Archivos. La evaluación inicial fue realizada por la S. de Digestivo y, posteriormente, por parte del Centro de Farmacovigilancia del Principado de Asturias. Además se revisaron retrospectivamente todas las gastroscopias del año 2001.

Resultados:

En el período citado se valoraron 2.015 ingresos de pacientes adultos de los cuales 160 tomaban AINES (7,4%). De ellos, 132 (82,5%) tomaban *Ácido Acetilsalicílico (AAS)*, en un 80% a dosis menores de 300 mg. y el resto, AINES. Recibían *gastroprotección* 32 pacientes (21,8%), generalmente un IBP. En 25 (1,2% del total de ingresos) la *reacción adversa* fue, muy probablemente, la *causa de ingreso*. De estos, en 22 la *reacción adversa* fue *digestiva* y de ellos, sólo tomaban *gastroprotección* el 13%. En otros 80 pacientes (3,9% del total de ingresos) la toma del AINE *pudo influir* en mayor o menor grado en la *causa de ingreso*. Del análisis retrospectivo de las gastroscopias se confirmó la existencia de 78 casos de ingreso por hemorragia digestiva alta, a lo largo del año, proporcionando, indirectamente, confirmación de la inexistencia de estacionalidad importante atribuible al período concreto en el que se efectuó el análisis prospectivo.

Conclusiones:

(1) *Un número importante de pacientes (7%) que ingresan* en nuestro Hospital de forma no programada *toman AINES*, fundamentalmente *AAS a dosis bajas*. (2) *Al menos uno de cada cien ingresos* se producen como consecuencia de una *RAD secundaria a AINES* y probable-

mente, en otro 3% más, la toma de este tipo de fármacos influye en mayor o menor grado en el ingreso. (3) *La mayor parte de los pacientes* (20%) que ingresan tomando AINEs, *no realizan gastroprotección* y esta proporción aumenta (sólo un 13%) en aquellos que ingresan como consecuencia de la reacción adversa. (4) Por tanto, *el uso correcto* de los AINEs, y una *gastroprotección* adecuada, *evitarían*, probablemente, un importante número de *ingresos* en nuestro Hospital.

CUMPLIMIENTO DE LAS PAUTAS DE LA ESGE PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN ASTURIAS

F. Cadenas, G Díaz, L. Sánchez, M.A. Palacio Galán, E. Fernández Ruíz, C. Cuervo, A. García, M.A. Suárez, M.P. Villegas Díaz, L. Rivas.
Grupo Asturiano de Endoscopias Digestivas.

Objetivo:

Conocer el grado de seguimiento de las pautas de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) para la limpieza y desinfección en endoscopia digestiva en los principales centros del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Métodos:

Se realizó una encuesta telefónica al personal de enfermería de las unidades de endoscopia digestiva de los cinco centros hospitalarios que realizan más de 1500 exploraciones anuales y por médicos especialistas en Aparato Digestivo. Se evaluaron 9 puntos clave de las pautas de la ESGE. Calidad de la limpieza: 1 óptimo adiestramiento del personal, 2 control frecuente de la calidad de la limpieza y desinfección. Peligros para el personal de las unidades: 3 uso de mascarillas y gafas de protección; 4 buena ventilación y aislamiento de las salas de limpieza. Limpieza de endoscopios: 5 limpieza manual con cepillado interno y externo. Desinfección de endoscopios: 6 manual y automática. Almacenamiento de endoscopios : 7 irrigación con alcohol y 8 mantener los endoscopios colgados. Procesado de material accesorios: 9 utilización de material de un solo uso o esterilización del material reutilizable.

Resultados:

Las pautas son seguidas por las distintas unidades con se refleja en la siguiente tabla.

	Calidad		Seguridad		Limpieza y desinfección		Almacenado		Material accesorio
	Adiestramiento	cultivos	Protección facial	Ventilación de unidad	Limpieza manual	Desinfección	Alcohol	Endoscopios colgados	
HUCA 5/9	-	Sí	-	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí
HC 5/9	Sí	Sí	-	-	-	Sí	-	Sí	Sí
HSA 6/9	-	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí
HVN 3/9	-	-	-	-	Sí	Sí	-	Sí	-
HAB 6/9	-	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	1/5	3/5	1/5	2/5	2/5	5/5	2/5	5/5	4/5

Solo la correcta desinfección y mantener colgados los endoscopios son seguidos por todas las unidades, mientras sólo una de la unidades refiere un adecuado adiestramiento del personal nuevo y sólo otra usa protección facial universal durante las exploraciones.

Conclusiones:

El cumplimiento de las pautas de la ESGE es incompleto y heterogéneo entre las distintas unidades.

EXPRESION DE CD44s EN CANCER COLORRECTAL Y EN MUCOSA SANA CIRCUNDANTE

Fdez Fdez JC, Corte D, Vizoso F, Llana A, Rodríguez JC, García Muñoz JL, Quintela I

Introducción:

La CD44s (isoforma standard), es una molécula de adhesión celular perteneciente a la familia de las proteínas-ligando del ácido hialurónico. La familia de las CD44 ha sido encontrada sobreexpresada en tumores epiteliales, generalmente en relación con el crecimiento tumoral y con la facultad de producir metástasis. El ánimo de este trabajo es evaluar el contenido en membrana del CD44s en el carcinoma colorrectal y en la mucosa sana circundante, así como su posible relación con parámetros clínico-patológicos y su significado pronóstico.

Materiales y Métodos:

Los niveles de CD44s de membrana fueron medidos por ensayo inmunoenzimático en tumor y en mucosa sana de 72 pacientes con carcinoma colorrectal resecable. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo de 30 meses.

Resultados:

Había una gran variabilidad de los niveles de CD44s tanto en las muestras de mucosa sana (26.6-727 ng/mg proteína) como en las de tumor (28.5-381 ng/mg proteína). Las muestras de tumor mostraron niveles significativamente mayores de CD44s (media: 99.1 ng/mg proteína) que la mucosa sana (81 ng/mg proteína) ($p=0.03$). Los niveles de CD44s en el tumor y en mucosa sana fueron significativamente mayores en los tumores con fase-S alta que en los de fase-S baja ($p=0.001$, para ambos). No había relación significativa entre los niveles de CD44s en el tumor y la supervivencia. Sin embargo, niveles altos de glicoproteína en mucosa sana eran significativos en cuanto se asociaban a peor supervivencia del paciente ($p=0.018$).

Conclusión:

La CD44s puede jugar un papel en la carcinogénesis del cáncer colorrectal. Además los niveles de CD44s en mucosa sana pueden dar, junto con algunos parámetros clínico-patológicos, importante información sobre el pronóstico de pacientes con carcinoma colorrectal resecable.

INDICACIONES DE LA ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Sobrino M, Villanueva A, Iglesias-García J, Lariño-Noia J, López-Otero MJ, Vazquez-Coleman L, Domínguez-Muñoz J

La ecografía endoscópica (USE) constituye una técnica diagnóstico-terapéutica en continua expansión tanto en sus aplicaciones en la práctica clínica como en su capacidad para superar en eficacia y rentabilidad a las técnicas establecidas para el estudio de un gran número de patologías. Dada la rápida evolución de la técnica, en su disponibilidad y aplicaciones, hoy en día podemos considerar la USE como un pilar fundamental en el manejo de gran cantidad de pacientes.

OBJETIVO:

Análisis descriptivo de las indicaciones de las USE en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudiamos retrospectivamente 525 USE realizadas en nuestro servicio entre enero de 2003 y julio de 2004. Las USE se realizaron mediante los equipos Pentax FG-38UX y EG-3630 UR. Las exploraciones fueron realizadas por los mismos dos ecoendoscopistas y en todas ellas bajo sedación consciente. Para la punción-aspiración dirigida con fines diagnósticos se empleó una aguja Mediglobe Sono-Tip II 22G.

RESULTADOS:

Los órganos diana más frecuentemente estudiados fueron el páncreas (n=323; 61.5%), el estómago (n=71; 13.5%), el esófago (n=57; 10.8%) y la vía biliar (n=28; 5.3%). Con respecto a las indicaciones, las más frecuentes fueron el diagnóstico de pancreatitis crónica (n=178; 33.9%), el diagnóstico y estadiaje de cáncer ampulopancreático (n=122; 23.2%), el estadiaje de cáncer esófago-gástrico (n=71; 13.5%) y el estudio de lesiones submucosas (n=34; 6.4%). En 34 de las 525 exploraciones se realizó punción con fines diagnósticos. No se registraron complicaciones mayores y únicamente en un caso no fue posible realizar una exploración satisfactoria.

CONCLUSIONES:

La USE es una técnica con aplicación en una gran cantidad de patologías, con la ayuda especial de la posibilidad de obtener muestras cito-histológicas mediante punción aspiración con aguja fina. En nuestro centro su uso mayoritario se centra en el estudio de enfermedades del páncreas y en el estadiaje tumoral.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 154 PACIENTES CON COLITIS ISQUÉMICA

E González Vázquez1, L.Núñez Calvo1, J.Cubiella Fernández2, M. Vega García-Luengos2, J Fernández Seara2.

Servicios Medicina Interna 1 y Aparato Digestivo2. CHOU. Ourense.

Introducción:

La colitis isquémica (C.I.) es una enfermedad producida por la reducción del flujo sanguíneo colónico con formas de presentación que varían desde el abdomen agudo hasta el síndrome diarreico.

Objetivos:

Describir los datos demográficos, la patología basal, la clínica al ingreso, los hallazgos endoscópicos, histológicos y la evolución durante el ingreso de una cohorte de pacientes con C.I.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo, descriptivo en base a la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de C.I. que requirieron ingreso entre enero de 1998 y marzo de 2003. El diagnóstico de C.I. se basó en los hallazgos endoscópicos y/o biopsia diagnóstica o compatible.

Resultados:

Durante dicho periodo, 154 pacientes requirieron ingreso (58.4% hombres, edad media de la cohorte 76.04 ± 10.94 años). Respecto a los antecedentes personales, el 55.8% padecían HTA, el 18.8% diabetes mellitus, el 24% dislipemia, el 10.4% tabaquismo y el 44% algún tipo de cardiopatía. La C.I. debutó en forma de dolor abdominal en el 82.9% y de hematoquecia en el 93.5% de los sujetos. En 15 pacientes (9.8%) se detectó algún grado de irritación peritoneal (9 localizada, 6 difusa). En los 144 pacientes que se diagnosticaron mediante colonoscopia las localizaciones más frecuentes fueron: sigma (65.3%), colon descendente (44.2%), ángulo esplénico (24.5%) y colon transverso (24%). En 10 pacientes se detectó la presencia de sangrado activo en la colonoscopia; en 30 pacientes hemorragia mucosa; en 11 pacientes necrosis mucosa y en 11 pacientes estenosis de la luz. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron edema (59.1%), infiltrado inflamatorio (74.5%), necrosis de la mucosa (33.6%) y presencia de trombos capilares (15.5%). Respecto al tratamiento durante el ingreso, 55 pacientes recibieron algún antibiótico, 48 pacientes precisaron analgesia y se pautó anticoagulación a 22 de los pacientes. Fueron intervenidos 10 pacientes (cinco al ingreso) debido a abdomen agudo y mala evolución, en 4 y 6 pacientes, respectivamente. La estancia media fue de 10.98 ± 10.59 días, falleciendo 7 pacientes (4.5%).

Conclusión:

Aunque los pacientes con C.I. tienen una edad avanzada con pluripatología asociada, la mortalidad durante el ingreso es baja. Las formas de presentación predominantes son la hematoquecia y el dolor, siendo el abdomen agudo poco frecuente.

ENFERMEDAD DE WHIPPLE

Fernández E., Ledo L., Álvarez V., Ulla JL., Carpio D., Vázquez Sanluis J., Barrio J., Vázquez Astray E.

La enfermedad de Whipple (EW) es una rara enfermedad crónica y multisistémica causada por la bacteria *Tropheryma whippelii*. Los síntomas más comunes son: diarrea, pérdida de peso y poliartralgias migratorias. El tratamiento antibiótico de elección y la duración del mismo no están definitivamente establecidos. Realizamos una revisión de los casos de EW diagnosticados en nuestro Hospital entre Enero de 2000 y Julio de 2004 , y presentamos un paciente con EW que debutó con hemorragia digestiva y trombocitopenia, dos manifestaciones de esta enfermedad descritas de forma excepcional en la literatura. Este es uno de los primeros casos de EW con estudio por cápsula endoscópica y refleja el potencial de esta técnica para demostrar la extensión y patofisiología de la anemia y la diarrea en esta enfermedad.

PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES EN CANCER COLORRECTAL

Rodríguez JI, Turienzo E, Vigal G, García MA, Fdez-Mallo J, Trelles A.
Servicio de Cirugía Y Ap. Digestivo. Hospital de Jarrio. SESPA

Para la paliación del cáncer colorrectal con clínica de obstrucción intestinal se puede recurrir a prótesis autoexpandibles. Se presentan los resultados obtenidos cuando se indica su colocación como alternativa a la cirugía

Pacientes y método:

Se han intentado colocar prótesis en 13 pacientes, siendo posible su utilización en 9, desde Julio de 1999 hasta Enero 2004. Fueron cinco mujeres y cuatro varones, con edades entre los 46 y los 91 años, mediana 79. En sólo un caso la clínica era de estenosis con obstrucción completa. En 6 pacientes había metástasis hepáticas múltiples sincrónicas, en un caso recidiva pélvica, obstrucción completa con intención de puente a la cirugía electiva y en otro T4 que renunció a la cirugía. La localización del tumor fue en sigmoides 5 casos, 3 en colon descendente y uno en recto. Se usaron prótesis tipo Wallstent, no recubiertas, de 20-22mm de diámetro y 90mm de longitud, con control simultáneo de endoscopia y radiológico. En un caso fue necesario colocar 2 prótesis por la longitud de la tumoración.

Resultados:

Se colocó la prótesis correctamente en 9 casos (69%). Se mantuvo el tránsito intestinal en 7 (78%). En tres casos (dos en colon descendente y uno en sigmoides) se deslizaron, requiriendo en un caso nueva prótesis, en otro cirugía de urgencia y en el que sólo se desplazó parcialmente lavado anterógrado previo a resección y anastomosis. Sólo en un caso hubo dolor abdominal postexpansión de la prótesis. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días, con rango 1-7 días. La mediana de supervivencia fue de 22 días (rango 4-395).

Conclusión:

La colocación de prótesis autoexpandibles como tratamiento paliativo puede evitar la obstrucción intestinal en pacientes inoperables o que rechazan la cirugía. Puede ser útil como puente a la cirugía en casos de obstrucción intestinal. Su utilización presenta dificultades técnicas y algunas complicaciones. Se presenta como alternativa a la colostomía o a la cirugía exéctica no curativa en pacientes seleccionados y no compromete la posibilidad de tratamientos complementarios.

DESARROLLO DE LA CPRE EN UN HOSPITAL COMARCAL

G Vigil , JI Rodriguez , E Turienzo , MA Garcia , J Fernández-Mallo, A Trelles.
Hospital Comarcal de Jarrio. Coaña .Asturias.)

INTRODUCCIÓN:

La CPRE es considerada como una herramienta insustituible en el diagnóstico y tratamiento de gran número de enfermedades que afectan a la vía biliar principal. No obstante el aprendizaje de la técnica es lento necesitándose entre 180 y 200 exploraciones para alcanzar la competencia necesaria .

Presentamos la experiencia acumulada desde la implantación de dicha técnica en nuestro centro de trabajo.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Desde febrero de 2002 hasta septiembre de 2004 hemos indicado la realización de CPRE en 73 casos. En los primeros casos se realizó con el arco de RX del bloque quirúrgico y posteriormente en el telemando del Servicio de Radiología, en todos los casos con anestesia general o sedación monitorizada con anestesista presente.

RESULTADOS:

En estos primeros casos se ha logrado la canulación profunda del colédoco y adecuada exploración de la VBP en en 43 ocasiones, considerando las 30 restantes como frustradas o incompletas. Se alcanzaron los siguientes diagnósticos: 33 coledocolitiasis , 3 ampulomas , 4 neoplasias de cabeza de páncreas , 2 colangiocarcinomas y 1 colangitis esclerosante. Como actitud terapéutica llevamos a cabo la papilotomía y extracción de material biliar en 26 ocasiones , colocamos 3 prótesis biliares plásticas y 1 prótesis metálica autoexpandible. No conseguimos solucionar el problema que ocasionaba la ictericia en 3 ocasiones.

Hemos tenido como complicaciones 1 perforación resuelta quirúrgicamente , 1 sospecha de perforación que se resolvió con tratamiento médico y 1 sangrado que se recuperó con tratamiento médico . No hubo mortalidad en relación directa con la exploración .

CONCLUSIONES:

En aquellos hospitales periféricos donde las dificultades de traslado de los enfermos a otros centros sean importantes, existan recursos técnicos y apoyo mutuo de los profesionales, puede estar indicado desarrollar un programa de CPRE. Los resultados obtenidos encajan dentro de lo esperable en el grado de experiencia que hemos adquirido en estos años.

LA TÉCNICA DE RENDEZ-VOUS EN VIAS BILIARES

G Vigil , JI Rodriguez , E Turienzo, J Fernández-Mallo, MA Garcia , A Trelles.
Hospital Comarcal de Jarrio. Coaña .Asturias.).

INTRODUCCIÓN:

La realización de una CPRE intraoperatoria ha sido descrita hace años con la intención de abordar conjuntamente la vía biliar a través de papila y cístico . Su interés radica en evitar con este gesto la coledocotomía y por tanto disminuir la estancia postoperatoria y procurar un menor índice de complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Desde febrero de 2000 hasta septiembre de 2004 hemos realizado un total de 7 exploraciones de la VBP intraoperatorias aplicando la técnica de rendez-vous. Se aborda la papila de forma combinada a través de la laparotomía o laparoscopia pasando una guía por el cístico y utilizando esa misma guía se accede con el duodenoscopio de visión lateral a la VBP. Posteriormente se realiza una colangiografía y si fuese necesario una papilotomía, la extracción de cálculos, colocación de prótesis,... Se analizan las indicaciones posibles, la técnica utilizada y la morbilidad.

RESULTADOS:

La indicación de dicho procedimiento ha sido: CPRE previa frustrada en 2 ocasiones , hallazgo de coledocolitiasis no esperada en el curso de una colecistectomía laparoscópica o abierta en 3 ocasiones e imposibilidad de conseguir un acceso adecuado a la papila en 2 ocasiones .

La técnica de R-V se llevó a cabo durante colecistectomía abierta en 2 ocasiones y durante el curso de una colecistectomía laparoscópica en 5 ocasiones.

En todos los casos se consiguió solucionar el problema papilar obstructivo sin necesidad de recurrir a coledocotomía o duodenotomía.

No tuvimos complicaciones directas achacables a la técnica.

CONCLUSIÓN:

En aquellos centros donde la estructura laboral y la posibilidades técnicas lo permitan la realización de rendez-vous puede ser una buena opción para evitar coledocotomías y colocación de tubos de Kehr, además de facilitar la canulación de papilas difíciles al disponer de una guía transpapilar.



**Sociedad Asturiana
de Patología Digestiva**



**Sociedad Gallega
de Patología Digestiva**



AYUNTAMIENTO DE OVIEDO