



XXV

Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

Vigo, 11 y 12 de Diciembre de 2009



Sede: Centro Social Caixanova

Comité Organizador

PRESIDENTE

Ernesto Toscano Novella

VICEPRESIDENTE

José Manuel Nuño Vázquez-Garza

SECRETARIO Y TESORERO

Ignacio Martín Granizo

VOCALES

Fernando Rey Ferro	Ángel López Saco
Alfredo Estévez Diz	Eduardo Nóvoa Morón
Santiago Vázquez López	Isabel Otero Martínez
Alberto Fernández Villaverde	Alejandro Ruano Poblador
David Martínez Ares	María Luisa de Castro Parga
Jesús Martínez Cadilla	Vicent Hernández Ramírez

Junta Directiva de la SGPD

PRESIDENTE

Manuel Bustamante Montalvo

VICEPRESIDENTE ELECTO

Leopoldo López Rosés

VICEPRESIDENTE SEGUNDO

Ernesto Toscano Novella

SECRETARIO

Javier Fernández Castroagudín

VICESECRETARIO

Manuel R. Macenlle García

TESORERO

Purificación Parada González

VOCALES

Elías Domínguez Comesaña

Susana Ortiz Marín

Remedios Pardeiro Pertega

Ignacio Martín Granizo

Purificación Froján Parga

Abel González

Esther Molina Pérez

VOCALES LIBRE ELECCIÓN

J. Manuel Nuño Vázquez-Garza

Ricardo García de Castro

VOCAL RESIDENTES

Ana M^a Álvarez Castro

PÁGINA WEB

Ramón López de los Reyes

PARTICIPANTES

Germán Adrio Díaz (*CH Arquitecto Marcide - Ferrol*)

Ana Echarri Piudo (*CH Arquitecto Marcide - Ferrol*)

Víctor Ruiz Ochoa (*POVISA Hospital - Vigo*)

Eduardo Nóvoa Morón (*CHUVI - Vigo*)

Isabel Otero Martínez (*CHUVI - Vigo*)

Manuel Constenla Figueras (*CHOP- Pontevedra*)

Xosé Souto Ruzo (*CHUAC - A Coruña*)

Manuel Lozano Gómez (*POVISA Hospital - Vigo*)

Fernando Rey Ferro (*POVISA Hospital - Vigo*)

Francisco Gómez Lorenzo (*CHOU - Ourense*)

Santiago Vázquez López (*POVISA Hospital - Vigo*)

Fulgencio Domínguez Rodríguez (*CHUVI - Vigo*)

Manuel Bustamante Montalvo (*CHUS - Santiago*)

Leopoldo López Rosés (*CH Xeral - Lugo*)

Eloy Sánchez Hernández (*CHOU - Ourense*)

Benito González Conde (*CHUAC - A Coruña*)

Fernando Pardo Sánchez (*CUN - Pamplona*)

PROGRAMA OFICIAL

Viernes 11 de Diciembre de 2009

16,00 Entrega de Documentación

16,30 I Sesión de Comunicaciones Orales (nº 01 al 06)

Presidente: Germán Adrio Díaz (Ferrol)

Moderador: Santiago Vázquez López (Vigo)

- 01** RESULTADOS DEL EMPLEO DE DOS TIPOS DE BALONES GASTRICOS EN PACIENTES OBESOS. ESTUDIO COMPARATIVO DOBLE CIEGO.
De Castro, María Luisa; Pineda, Juan R.; Morales, María José; Alonso, Ana; Feteira, Esperanza; Cid, Lucía; González, Dolores; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI .Vigo
- 02** PROTESIS ENTERALES: RESULTADOS DE SU EMPLEO COMO PUENTE A LA CIRUGIA O CON INTENCION PALIATIVA
De Castro, María Luisa; Pineda, Juan; Fernández-Campos, Milagros; Antúnez, Angela; Rionda, Mar; Iglesias, Pilar; Martínez, Alfonso; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo
- 03** VIA RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL ACCESO A COLONOSCOPIA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER COLO-RECTAL
Lancho, Ángel; Santos, Eva; López Rosés, Leopoldo; Castro, Elena; Carral, David; Olivencia, Pilar; González, Abel; García, Covadonga; González, Roberto; Avila, Susana
Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo
- 04** UTILIDAD DE LA CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL COMPUTERIZADA EN LA RESECCIÓN DE PÓLIPOS COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO. EXPERIENCIA PRELIMINAR
Martínez Ares, David; Martín Granizo, Ignacio; Martínez Cadilla, Jesús; Pereira Bueno, Santos; Rodríguez Martínez, Dolores; Méndez Vázquez, Antonia; Pallares Peral, Abel; Rodríguez Prada, José Ignacio
CHUVI.Vigo
- 05** RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO COLONPREV EN GALICIA
Cubiella Fernández, Joaquín (2); Hernández Ramírez, Vicent (1); González Mao, Carmen (1); Zubizarreta Alberdi, Raquel (3); Cid Delgado, Estela (2); Iglesias Pernas, Felipe (1); Cid Gómez, Luisa (1); Vega Villaamil, Pablo (2); Martínez Turnes, Alfonso (1); Martínez Ares, David (2); Castro Novo, Inés (2)
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (1); Complejo Hospitalario de Ourense (2); Consellería de Sanidade, Santiago (3)

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

06 MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¿SON UN FACTOR PRONÓSTICO DE GRAVEDAD?

Barreiro de Acosta, Manuel (4); Carpio, Daniel (3); Echarrri, Ana (1); Pereira, Santos (2); Lorenzo, Aurelio (1); Castro Alvariño, Javier (1)
EIGA, Hosp. Arquitecto Marcide. Ferrol (1); EIGA, CHUVI. Vigo (2); EIGA, CHOP. Pontevedra (3); EIGA, CHUS. Santiago (4)

17,30 Descanso Café (Jardín 1ª Planta)

18,00 Mesa Redonda:

Cáncer Gástrico

Presidente: Víctor Ruiz Ochoa

Moderador: Eduardo Nóvoa Morón

¿Qué está cambiando en el manejo del cáncer gástrico?

Isabel Otero Martínez

Utilidad de la Endoscopia

Xosé Souto Ruzo

Papel de la Oncología

Manuel Constenla Figueras

Laparoscopia terapéutica

Manuel Lozano Gómez

Resultados de la encuesta realizada en los Servicios de Cirugía de Galicia

Fernando Rey Ferro

19,15 Discusión

19,45 Presentación del Libro

“Terapias Biológicas en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal – Grupo EIGA”

Manuel Barreiro de Acosta y Santos Pereira Bueno

20,00 Asamblea General de la Sociedad

21,30 Cena Oficial en el Restaurante Club Financiero Vigo

Sábado 12 de Diciembre de 2009

09,30 II Sesión de Comunicaciones Orales (nº 07 al 12)

Presidente: Francisco Gómez Lorenzo (Ourense)

Moderadora: Ana Echarri Piudo (Ferrol)

- 07** EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUMENTO DE CAPACITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADECUACIÓN Y LA DEMORA DE LAS EXPLORACIONES ENDOSCÓPICAS
Dacal Rivas, Andrés; Francisco González, María; Quintas Lorenzo, Paola; Cubiella Fernández, Joaquín; García García, María Jesús; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense
- 08** PARÁMETROS DE CALIDAD EN LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DEL ESTUDIO COLONOPREV
Hernández, Vicent (1); Cubiella, Joaquín (2); Macenlle, Ramiro (2); Hermo, Jose Antonio (1); De Castro, María Luisa (1); Méndez, Carmen (2); González, Simoneta (2); Aguado, Belén (2); González, María Dolores (1); Alonso, Ana (1); Iglesias, Pilar (1)
CHUVI. Vigo (1); CHOU. Ourense (2)
- 09** PRÓTESIS PLÁSTICAS AUTOEXPANDIBLES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANASTOMÓTICAS ESÓFAGO-YEYUNALES POST-OPERATORIAS
Vázquez López, Santiago (1); Vila, Juan José (2); Fernández, Alberto (1); González-Portela, Carlos (1); De la Iglesia, Manuel (1); Lozano, Manuel (1); Toscano, Ernesto (1)
Hospital POVISA. Vigo (1); Hospital de Navarra. Pamplona (2)
- 10** EMPLEO DE LA RESONANCIA DE INTESTINO DELGADO EN LA EVALUACIÓN DE LAS ESTENOSIS ILEALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: CORRELACIÓN CLÍNICO - ENDOSCÓPICA Y ANALÍTICA
Ollero Pena, Virginia; Gallego Ojea, José Carlos; Porta Vilas, Ana; Echarri Piudo, Ana; Castro Alvariño, Javier
Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol
- 11** UTILIDAD DE LA BECLOMETASONA DIPROPIONATO ORAL COMO TRATAMIENTO PARA LA INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN EN COLITIS ULCEROSA ACTIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
Barreiro de Acosta, Manuel (1); Hernández, Vicent (3); Martínez Ares, David (3); Ruíz, María Jesús (2); Carpio, Daniel (2); Sanromán, Luciano (3); Sans, Miquel (4)
CHUS. Santiago (1); CHOP. Pontevedra (2); CHUVI. Vigo (3); Clínica Barcelona (4)
- 12** CÁNCER DE ESTÓMAGO OPERADO: UNA ENTIDAD EN DECLIVE
Pérez Domínguez, Lucinda; Pardellas Rivera, Hermelinda; López Saco, Ángel; Cáceres Alvarado, Nieves; Díaz Cardamas, Pablo; Flores Rodríguez, Erene; Álvarez García, Helena; Freiría Eiras, Miguel; Gil Gil, Pedro
CHUVI. Vigo

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

10,30 Mesa Redonda:

Prótesis en Patología Digestiva

Presidente: Fulgencio Domínguez Rodríguez

Moderador: Manuel Bustamante Montalvo

Prótesis Esofagógicas

Leopoldo López Rosés

Prótesis Biliares

Benito González Conde

Prótesis Colónicas

Eloy Sánchez Hernández

11,30 Discusión

12,20 Descanso – Café (Jardín 1ª Planta)

12,40 Conferencia

Colangiocarcinoma Hiliar

Fernando Pardo Sánchez

13,20 Clausura de la XXV Reunión

COMUNICACIONES POSTER (Nº 01 al 23)

- P01** PAPEL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL TRATAMIENTO DEL FALLO HEPÁTICO AGUDO POR INTOXICACIÓN POR AMANITA PHALLOIDES
Martínez Lesquereux, Lucía; Martínez Castro, Jorge Juan; Conde Freire, Rogelio; Bustamante Montalvo, Manuel; Rodríguez Segade, Faustino; Varo Pérez, Evaristo
CHUS. Santiago de Compostela
- P02** DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN SIMULANDO ADENOCARCINOMA DE SIGMA ESTENOSANTE
Carmona Campos, Amalia; Pardeiro Pértega, Remedios; Estévez Boullosa, Pamela; Vázquez Rey, Teresa; Crespo Suárez, Belén; Blanco Rodríguez, Marta; Couto Wörner, Ignacio; Vázquez Millán, María Ángeles; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC. A Coruña

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

- P03** SOLUCIONES EVACUANTES EN LA PREPARACION PARA COLONOSCOPIA. EVALUACION DE UNA ALERTA FARMACOLOGICA SOBRE LOS FOSFATOS DE SODIO
Fernández-Campos, Milagros; Alonso, Ana; Iglesias, Pilar; Rionda, Mar; Cid, Lucía; De Castro, Luisa; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo
- P04** RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO DE CANCER COLORRECTAL
Sanromán Álvarez, Luciano; Molanes Fernández, Susana; Medina Muñoz, C.; Lloves Boo, E.; Souto Soto, M.I.; Martínez Martínez, María Luisa; Cid Gómez, Lucía; De Castro Parga, M^a Luisa; Hernández Ramírez, Vicent; Tardío, Antoni; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo
- P05** APENDICITIS GRANULOMATOSA
Álvarez García, Helena; Rivo Vázquez, Angel; López Saco, Angel; Higuero Grosso, Antonio Pedro; García Lorenzo, Francisco; Pardellas Rivera, Hermelinda; Pérez Domínguez, Lucinda; Flores Rodríguez, Erene V.; Freiria Eiras, Miguel Angel; Díaz Cardamas, Pablo
CHUVI.Vigo
- P06** ANEMIA MICROCÍTICA Y TROMBOCITOSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO.
Serantes Gómez, Ana; Gambi Pisonero, Daniel; Armagnague Mallada, José Horacio; Gasz, Andrés; Sancho Calatrava, Eloy; Molina Martín de la Sierra, Juan Manuel
Hospital Santa Bárbara. Puertollano
- P07** NEUMOPERICARDIO SECUNDARIO A NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL.
Serantes Gómez, Ana; Gambi Pisonero, Daniel; Armagnague Mallada, José Horacio; Gasz, Andrés; Sancho Calatrava, Eloy; Molina Martín de la Sierra, Juan Manuel
Hospital Santa Bárbara. Puertollano
- P08** UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL HOSPITAL POVISA-VIGO. COMITÉ DE TUMORES
Martín Mosquera, Víctor Manuel; Toscano Novella, Ernesto; Toscano Novella, Alberto; Lozano Gómez, Manuel
Hospital POVISA.Vigo

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

- P09** COLITIS POR CRYPTOSPORIDIUM: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS
Estévez Boullosa, Pamela; Pardeiro Pértega, Remedios; Blanco Rodríguez, Marta; Vázquez Rey, Teresa; Carmona Campos, Amalia; Crespo Suárez, Belén; Pombo Otero, Jorge; Alonso Aguirre, Pedro
CHUAC. A Coruña
- P10** DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL AREA DE VIGO.
Martínez Cadilla, Jesús; Martínez Ares, David; Pereira Bueno, Santos; Pineda Mariño, Juan Ramón; Sanromán Alvarez, Luciano; Rodríguez Martínez, Dolores; Martín Granizo, Ignacio; Méndez Vázquez, Antonia; Pallarés Peral, Abel; Rodríguez Prada, Ignacio
CHUVI. Vigo
- P11** ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ADOLESCENTES EN EL AREA DE VIGO. ESTUDIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO DESDE SU DIAGNOSTICO PEDIATRICO HASTA LA ADOLESCENCIA.
Martínez Cadilla, Jesús; Pereira Bueno, Santos; Martínez Ares, David; Hernández Ramírez, Vicent; García Burriel, Ignacio; Ramos Espada, Jose Manuel; Martín Granizo, Ignacio; Rodríguez Martínez, Dolores; Méndez Vázquez, Antonia; Rodríguez Prada, Ignacio
CHUVI. Vigo
- P12** ¿INFARTO HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN EXTRAORDINARIA DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL HEPATOCARCINOMA?
Vázquez Rey, Teresa; Carmona Campos, Amalia; Estévez Boullosa, Pamela; Crespo Suárez, Belén; Blanco Rodríguez, Marta; Couto Wörner, Ignacio; Vázquez Millán, María Angeles; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC. A Coruña
- P13** BILIOPATÍA PORTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO
Berdeal Díaz, María; Quintela Fandiño, Julia; Seoane Vigo, Marta; Pérez Grobas, Jorge; Bouzón Alejandro, Alberto; Carral Freire, María; Gómez Dovigo, Alba; Atienza Herrero, Javier; Alvite Canosa, Marlen; Gómez Gutiérrez, Manuel; Gómez Freijoso, Carlos
CHUAC. A Coruña
- P14** ¿PUEDE SER LA PANICULITIS MESENTÉRICA UN FACTOR PREDICTOR DE UN TUMOR INTRA-ABDOMINAL?
Ruiz-Tovar, Jaime (1); López Quindos, Patricia (2); Alonso, Natalia (3); Díez Tabernilla, María (1); Calero, Purificación (1); Latorre, Raquel (1); Sanjuanbenito, Alfonso (1); Martínez Molina, Enrique (1); Morales, Vicente (1)
Hospital Ramón y Cajal. Madrid (1); Hospital del Henares. Madrid (2); Hospital de Huesca (3)

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

- P15** FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COLITIS ISQUÉMICA
Cubiella Fernández, Joaquín (2); Núñez Calvo, Luisa (2); González Vázquez, Elvira (3); García García, María Jesus (2); Alves Pérez, María Teresa (1); Martínez Silva, Isabel (1); Fernández Seara, Javier (2)
Universidad de Santiago de Compostela (1); CHOU. Ourense (2); Fundación Pública Hospital de Verín (3)
- P16** NECROSIS DUODENAL COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL
Carmona Campos, Amalia; Pardeiro Pértega, Remedios; López García, Sara; Estévez Boullosa, Pamela; Vázquez Rey, Teresa; Crespo Suárez, Belén; Couto Wörner, Ignacio; Vázquez Millán, María Angeles; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC. A Coruña
- P17** ¿CUALES SON LOS MOTIVOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?
Quintas Lorenzo, Paola; Dacal Rivas, Andrés; Francisco González, Maria; Cubiella Fernández, Joaquín; García García, María Jesús; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense
- P18** POLIPOSIS LINFOMATOSA MÚLTIPLE: ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE POLIPOSIS COLÓNICA.
Quintas Lorenzo, Paola; Castro Novo, Inés; Dacal Rivas, Andrés; Francisco González, María; Cubiella Fernández, Joaquín; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense
- P19** HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CAUSA EXCEPCIONAL DE SANGRADO GASTROINTESTINAL DE ORIGEN OSCURO
Estévez Boullosa, Pamela; Souto Ruzo, Xosé; Blanco Rodríguez, Marta; Couto Wörner, Ignacio; Gómez Gutiérrez, Manuel; Alonso Aguirre, Pedro
CHUAC. A Coruña
- P20** NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL, UNA ENFERMEDAD RARA DE CAUSA NO ACLARADA.
Vázquez Rey, Teresa; Blanco Rodríguez, Marta; Pardeiro Pértega, Remedios; Carmona Campos, Amalia; Estévez Boullosa, Pamela; Crespo Suárez, Belén; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC. A Coruña

- P21** OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS APENDICULAR PERFORADA
Ruiz-Tovar, Jaime; León, Raquel; Hernández Bartolomé, Miguel; Delgado, Miguel Angel; El Bouayadi, Liliam; Martín, Ana; Dotor, Ana; Limones, Manuel
Hospital de Getafe. Madrid
- P22** CÁNCER ANORRECTAL OCULTO: DEBUT COMO GANGRENA DE FOURNIER
Ruiz-Tovar, Jaime; Córdoba, Luis; Latorre, Raquel; Calero, Purificación; Díez Tabernilla, María; Devesa, José Manuel
Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- P23** DEBUT DE ADENOCARCINOMA DE COLON CON UNA METÁSTASIS CRANEAL: ¿ESTÁ INDICADA LA RESECCIÓN DEL TUMOR PRIMARIO NO COMPLICADO TRAS LA EXTIRPACIÓN COMPLETA DE LA METÁSTASIS?
Ruiz-Tovar, Jaime; Tartas, Aurea; Ramos, Jose Luis; Muros, Jose Manuel; Manzanedo, Israel; Miramón, Javier; Limones, Manuel
Hospital de Getafe. Madrid

COMUNICACIONES ORALES

Resúmenes

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

RESULTADOS DEL EMPLEO DE DOS TIPOS DE BALONES GASTRICOS EN PACIENTES OBESOS. ESTUDIO COMPARATIVO DOBLE CIEGO.

De Castro, María Luisa; Pineda, Juan R.; Morales, María José; Alonso, Ana;
Feteira, Esperanza; Cid, Lucía; González, Dolores; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI .Vigo

INTRODUCCION: Los balones gástricos rellenos con suero salino asociado a una dieta hipocalórica constituyen un tratamiento satisfactorio para un porcentaje de los pacientes obesos. Recientemente un balón relleno de aire ha sido comercializado, aunque sus resultados son controvertidos, no existiendo estudios comparativos entre ambos dispositivos.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo doble ciego en pacientes obesos empleando balones rellenos con 900 cc. de aire (Heliosphere®Bag) o 700 ml de salino (Bioenterics). Ambos se colocaron bajo sedación, retirándose a los 6 meses mediante anestesia. Los pacientes siguieron ambulatoriamente una dieta de 1000 kcal, recogiendo a 1, 3 y 6 meses su peso, índice de masa corporal (IMC), % de exceso de peso perdido (% EPP) y sintomatología: dolor abdominal, vómitos o reflujo gastroesofágico (escala GIS). Aplicamos la escala GICLI previamente al balón y antes de su retirada para valorar las modificaciones en la calidad de vida.

RESULTADOS: Incluimos 33 pacientes (22M) de 43,9 (10) años, peso 120,3 (17) kilogramos (kgs) e IMC 44,2 (5) kg/m². 15 sujetos recibieron un balón Bioenterics y 18 uno Heliosphere, siendo ambos grupos comparables. La pérdida de peso a los 6 meses fue 12,8 (8) kg y 4,6 (3) kg/m² para Heliosphere y de 14,1 (9) kg y 5,5 (3) kg/m² para Bioenterics. Los % EPP a 1, 3 y 6 meses obtenidos fueron 20,7 (9), 27,6 (12), 26,9 (16) para Bioenterics y 16,6 (14), 27 (15), 30,2 (19) para Heliosphere ($p < 0,05$ respecto a los valores iniciales), sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. En la retirada, existieron complicaciones en el grupo Heliosphere: 2 balones no estaban en el estómago y 4 necesitaron endoscopia rígida o cirugía para su extracción ($p=0,02$). La tolerancia a 1, 3 y 6 meses fue similar con ambos dispositivos. Tres Bioenterics (20%) se retiraron precozmente (antes de 1 mes) por vómitos y deshidratación ($p=0,02$). No existieron diferencias en la escala GICLI tras este procedimiento respecto a la puntuación total, no obstante el grupo Heliosphere mejoró significativamente a los 6 meses en la disfunción física 1,5 (0,6) a 2,5 (0,7) ($p=0,03$).

CONCLUSION: Ambos tipos de balones gástricos consiguen una pérdida de peso significativa a los 6 meses de su implantación, manteniendo una buena tolerancia. Sin embargo los balones llenos de aire Heliosphere presentan graves problemas técnicos, principalmente durante su extracción endoscópica.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

PROTESIS ENTERALES: RESULTADOS DE SU EMPLEO COMO PUENTE A LA CIRUGIA O CON INTENCION PALIATIVA

De Castro, María Luisa; Pineda, Juan; Fernández-Campos, Milagros; Antúnez, Angela;
Rionda, Mar; Iglesias, Pilar; Martínez, Alfonso; Rodríguez-Prada, Ignacio

CHUVI. Vigo

INTRODUCCION: La laparotomía urgente en los pacientes con obstrucción del tracto digestivo presenta una mortalidad (22%) y morbilidad (60%) muy superiores a los valores de la laparotomía reglada. El empleo de prótesis enterales en esta situación clínica permite resolver la obstrucción de una manera no quirúrgica ya sea con intención definitiva o temporal, preparando en este caso al paciente para una intervención electiva de resección y anastomosis primaria.

MATERIAL Y METODOS: Revisión retrospectiva de las prótesis enterales colocadas entre abril-2004 y octubre-2009 en un área sanitaria de 150.000 habitantes, tanto con intención paliativa como puente a una intervención quirúrgica programada. Los datos se expresan mediante media y desviación estándar o con porcentajes. Para realizar las comparaciones entre variables empleamos la U de Mann Whitney y el test Chi², considerando significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS: 50 pacientes (74% varones) de edad 70,6 (12) años recibieron 52 prótesis enterales. 23 de éstas se colocaron con intención paliativa y 27 (52%) ante un cuadro de obstrucción intestinal aguda prequirúrgica. Un 65% de estas prótesis correspondieron al modelo TTS (through the scope) de 9 cms. de longitud. En los casos prequirúrgicos el tiempo de demora quirúrgica tras la colocación de la prótesis fue de 10,2 (12) días, sin existir alteraciones derivadas de este dispositivo en la revisión de las piezas quirúrgicas. En esta indicación las tasas de éxito técnico y clínico obtenidas fueron 90% y 86% con un 10% de fracasos y 7,4% de complicaciones. En los pacientes con indicación paliativa el tiempo de mantenimiento de las prótesis fue 123,7 (10) días, muy superior al de los pacientes prequirúrgicos ($p=0,0005$). Las tasas de éxito técnico y clínico se situaron en 100% y 91%, existiendo un 21,7% de complicaciones. No encontramos diferencias significativas en las características clínicas de ambos grupos, existiendo más complicaciones derivadas de estos dispositivos en las colocadas con indicación paliativa ($p=0,0005$).

CONCLUSIONES: Las prótesis enterales constituyen una terapéutica endoscópica que posee una alta tasa de éxito técnico y clínico. Sin embargo, estos dispositivos no están exentos de complicaciones, las cuales se producen más frecuentemente en aquellos pacientes que reciben una endoprótesis con intención paliativa.

VIA RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL ACCESO A COLONOSCOPIA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER COLO-RECTAL

Lancho, Ángel; Santos, Eva; López Rosés, Leopoldo; Castro, Elena; Carral, David; Olivencia, Pilar; González, Abel; García, Covadonga; González, Roberto; Avila, Susana
Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La incidencia y la mortalidad del carcinoma colo-rectal (CCR) en Galicia ha aumentado en los últimos años. Paralelamente se ha producido un aumento en la demanda de consultas especializadas y colonoscopias que el sistema sanitario no ha logrado absorber; con un gran incremento de las listas de espera. De ahí surge la necesidad de una vía rápida que permita el acceso temprano a la colonoscopia en casos de sospecha de CCR desde el Médico de Atención Primaria (MAP). El objetivo de este trabajo es evaluar una vía rápida de este tipo en el Área Sanitaria de Lugo.

MATERIAL Y METODOS: Se elabora un protocolo en el que se incluyen síntomas, signos y hallazgos en pruebas complementarias que hagan sospechar CCR, seleccionando los de mayor VPP según las guías clínicas de CCR de mayor difusión. Así, todo paciente visto por su MAP que cumpla uno de estos criterios es derivado directamente para programar colonoscopia en el plazo máximo de 2 semanas. El contacto entre el MAP y el endoscopista se establece por un teléfono móvil exclusivo para este fin; previamente un miembro del hospital se ha desplazado a todos los centros de salud para exponer y entregar por escrito el protocolo. El MAP es informado en todo caso de los resultados de la colonoscopia.

Se realizaron las colonoscopias bajo sedación administrada por el endoscopista. Siempre que no existiera contraindicación se realizaba terapéutica endoscópica si era preciso.

Se revisan los hallazgos en los primeros 18 meses de funcionamiento de este protocolo estableciendo 4 subgrupos de pacientes en función de dichos hallazgos: 1-normal; 2- hallazgos no significativos (pólipos < 1cm en escaso número, divertículos, hemorroides); 3- hallazgos significativos pero no CCR (adenomas >1cm, EII, patología vascular sangrante); 4- CCR.

RESULTADOS: Durante 18 meses se han derivado por esta vía 73 pacientes siendo en ese período el número total de colonoscopias realizadas en el servicio de 5175. De las 73 exploraciones, 13 (17.8%) fueron normales, 25 (34.2%) mostraron lesiones no significativas, 17 (23,3%) tenían lesiones significativas y 18 pacientes (24.7%) tenían CCR.

Ningún paciente rechazó o no acudió a realizarse la colonoscopia. Como única complicación hubo una hemorragia postpolipectomía diferida leve.

CONCLUSIONES: 1- Casi la mitad de los pacientes derivados por el MAP para colonoscopia a través de esta vía rápida presentaron alguna lesión significativa y la mitad de ellos uno o más CCR; 2- Consideramos que esta vía rápida entre el MAP y las unidades de Endoscopia es útil para reducir la demora diagnóstica del CCR; 3- Sería deseable una mayor participación de los MAP y estudiar la apertura de la vía a otros especialistas.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

UTILIDAD DE LA CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL COMPUTERIZADA EN LA RESECCIÓN DE PÓLIPOS COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO. EXPERIENCIA PRELIMINAR

Martínez Ares, David; Martín Granizo, Ignacio; Martínez Cadilla, Jesús;
Pereira Bueno, Santos; Rodríguez Martínez, Dolores; Méndez Vázquez, Antonia;
Pallares Peral, Abel; Rodríguez Prada, José Ignacio
CHUVI.Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existe ya evidencia científica suficiente como para recomendar de forma sistemática la utilización de la cromoendoscopia en la resección de los pólipos sesiles colorrectales de gran tamaño. La utilización de colorantes vitales como el indigo carmín o el azul de metileno permite una mejor identificación de los límites de la lesión, disminuyendo el riesgo de persistir tejido adenomatoso residual tras la resección. La Cromoendoscopia Virtual Computerizada (CVC) es una nueva tecnología que, en principio, permite reproducir el efecto de la tinción vital sin necesidad de usar estas sustancias. El objetivo de nuestro trabajo es el análisis de los resultados en la resección de pólipos sesiles colorrectales de gran tamaño asistida por la CVC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han incluido en el estudio 7 pacientes consecutivos, con una edad media de 67,4 años (rango de 51 a 74). En todos los pacientes se realiza una colonoscopia completa según procedimiento habitual y en el momento de realizarse la resección se realiza un estudio mediante CVC, usando el Set 4 (color azul). Posteriormente, según es procedimiento habitual en la técnica de mucusectomía, se realizan un marcaje de los límites de la lesión, en nuestro caso, con pequeñas quemaduras realizadas con la punta del asa de polipectomía. Se realizan todas las resecciones usando una técnica convencional de “elevación y corte”. En todos los casos se intenta una resección completa en un único acto. Se revisa la escara en todos los pacientes a los 3 meses de la mucusectomía, con biopsias de la misma.

RESULTADOS: Han sido resecadas 7 lesiones en estos 7 pacientes; 5 eran pólipos rectales, 1 situado en sigma y 1 en colon derecho. El tamaño medio de las lesiones era de 4,5 cms (rango 3-7 cms). El estudio anatomopatológico reveló 5 adenomas vellosos, 1 adenoma vellosos con displasia severa, y un adenoma con adenocarcinoma intramucoso. En 6 casos se logró reseccionar la totalidad de la lesión macroscópicamente visible, y en 1 caso se completó la resección con la fulguración con gas argón de los bordes de la lesión. Se produjo una única complicación reseñable, una hemorragia post-polipectomía, controlada endoscópicamente y que no precisó trasfusión de hemoderivados. A los tres meses de la resección, en 2 casos (28%) se detectó tejido adenomatoso residual, que fue resecado del mismo modo, mientras que en los restantes 5 casos (72%), las biopsias tomadas sobre la escara no detectaron tejido adenomatoso.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia preliminar con la CVC revela unos resultados similares a los publicados en la literatura mediante la resección endoscópica de estas lesiones asistida por cromoendoscopia convencional. No obstante, sería de gran utilidad una comparación “face to face” de ambas modalidades de cromoendoscopia.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO COLONPREV EN GALICIA

Cubiella Fernández, Joaquín (2); Hernández Ramírez, Vicent (1); González Mao, Carmen (1); Zubizarreta Alberdi, Raquel (3); Cid Delgado, Estela (2); Iglesias Pernas, Felipe (1); Cid Gómez, Luisa (1); Vega Villaamil, Pablo (2); Martínez Turnes, Alfonso (1); Martínez Ares, David (2); Castro Novo, Inés (2)
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (1); Complejo Hospitalario de Ourense (2); Consellería de Sanidade, Santiago (3)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En la población de riesgo medio diversas estrategias han demostrado su eficacia en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal (CCR), pero se desconoce qué método es el más adecuado. El estudio COLONPREV es un estudio multicéntrico, aleatorizado y controlado para comparar la mortalidad específica por CCR a 10 años del cribado mediante método inmunológico cuantitativo de detección de sangre oculta en heces (SOHi) bial con la de la colonoscopia cada 10 años en población de riesgo intermedio. En Galicia el estudio COLONPREV se está llevando a cabo en el CHOU-C. Saúde. Mariñamansa y en el CHUVI-C. Saúde O Porriño desde Febrero de 2009. Los objetivos de esta presentación son: 1. Describir las tasas de inclusión en el estudio y la aceptación de las dos estrategias de cribado en la primera ronda. 2. Definir los hallazgos endoscópicos en las dos ramas de cribado.

RESULTADOS: Entre el 15 de Febrero y el 15 de Octubre se han enviado cartas de presentación a 2730 individuos (52.75% mujeres, edad: 64.72 ± 2.6 años). En la rama de SOHi, se ha invitado a 1152 individuos, de los que han acudido 721, se han excluido a 99, uno ha cambiado la rama de colonoscopia y finalmente han sido incluidos 599 individuos, con una tasa de aceptación del 52%. En la rama de colonoscopia, se ha invitado a 1220 individuos, de los que han acudido 662, se han excluido a 101, 8 han cambiado a la rama de SOH y finalmente han sido incluidos 418 individuos, con una tasa de aceptación del 34%. En la rama de SOHi se han devuelto el 98.4% de los kits entregados. Hasta el momento se han analizado 469 muestras, siendo positivas el 10.2%. De estos individuos, el 85% ha aceptado realizar la colonoscopia. En las 38 colonoscopias por SOHi se han detectado adenomas de bajo riesgo en el 15.8%, de alto riesgo en el 50% y CCR en el 13.2% de las exploraciones. En cuanto a la rama de colonoscopia han realizado la colonoscopia programada el 90.7% de los individuos. En las 232 colonoscopias realizadas hemos detectado adenomas de bajo riesgo en el 22.4%, de alto riesgo en el 18.9% y CCR en el 1.7% de los individuos.

CONCLUSIONES: La participación en el estudio COLONPREV en Galicia es elevada, siendo la tasa de aceptación de las pruebas de cribado superior a la descrita en otros programas de cribado de CCR a nivel nacional. Existe una alta prevalencia de lesiones neoplásicas de colon en la población estudiada.

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¿SON UN FACTOR PRONÓSTICO DE GRAVEDAD?

Barreiro de Acosta, Manuel (4); Carpio, Daniel (3); Echarri, Ana (1);
Pereira, Santos (2); Lorenzo, Aurelio (1); Castro Alvaríño, Javier (1)
*EIGA, Hosp. Arquitecto Marcide. Ferrol (1); EIGA, CHUVI. Vigo (2);
EIGA, CHOP. Pontevedra (3); EIGA, CHUS. Santiago (4)*

INTRODUCCIÓN: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia frecuentemente con la presencia de manifestaciones extraintestinales (MEI). La influencia de las MEI en la gravedad de la EII apenas se ha estudiado. Nuestra hipótesis es que la presencia de MEI en los pacientes con EII se relacionaría con un curso más grave de la EII.

OBJETIVO: Evaluar si los pacientes con EII que presentan MEI presentan una enfermedad más agresiva.

MÉTODOS: Realizamos un estudio observacional de todos los pacientes con EII (n=1225) seguidos durante un año en cuatro hospitales de Galicia. Los pacientes fueron examinados retrospectivamente sobre la presencia de MEI, tanto las dependientes de la actividad de la enfermedad como lesiones dermatológicas (pioderma gangrenoso, eritema nodoso y aftas recurrentes), oculares (uveítis y epiescleritis) y artritis periféricas, como las que seguían un curso independiente de la actividad entre las que destacan la espondilitis anquilopoyética, la sacroileítis y la colangitis esclerosante. Se excluyeron las artralgias y las MEI como consecuencia de la larga curación de la enfermedad como la anemia, la hipoalbuminemia y la amiloidosis; tampoco se incluyeron aquellas secundarias a fármacos como las pancreatitis o las leucopenias. Valoramos la gravedad a través de un índice que incluía las resecciones quirúrgicas, la corticoddependencia, la corticorresistencia, así como el tratamiento con fármacos inmunomoduladores y terapias biológicas. Los análisis estadísticos se realizaron mediante regresión logística y test de Mann-Whitney cuando fue necesario, se consideraron estadísticamente significativos los resultados de $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron de forma consecutiva 1225 pacientes con EII, 684 (56%) tenían enfermedad de Crohn (EC) y 541 (44%) colitis ulcerosa (UC), 629 (51%) eran hombres y 596 (49%) mujeres, la edad media fue de 43 años. 282 (23%) pacientes con EII desarrollaron MEI, siendo éstas más frecuentes entre los pacientes con EC (27.8%) que en los de CU (17%). Las MEI más frecuentes en la EC fueron las artritis periféricas, presentes en el 16% de los pacientes con EC, seguidas de las espondiloartropatías y las manifestaciones cutáneas, ambas presentes en el 7% de los pacientes. En la CU la artritis periférica también fue la MEI más observada (9%) seguida de las manifestaciones cutáneas (3%). Observamos que los pacientes con MEI desarrollaron una EII más agresiva ($p < 0.01$). Analizando por separado EC y CU observamos que la presencia de MEI se asociaba a una enfermedad más grave tanto en la EC ($p < 0.001$) como en la CU ($p < 0.01$).

CONCLUSIÓN: La presencia de manifestaciones extraintestinales se asocia con un curso más agresivo de la enfermedad inflamatoria intestinal, tanto de la EC como de la CU.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

EFFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AUMENTO DE CAPACITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADECUACIÓN Y LA DEMORA DE LAS EXPLORACIONES ENDOSCÓPICAS

Dacal Rivas, Andrés; Francisco González, María; Quintas Lorenzo, Paola;
Cubiella Fernández, Joaquín; García García, María Jesús; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Dentro del programa de aumento de capacitación de Atención Primaria (A.P.) se ha procedido a la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) de la dispepsia y rectorragia de la A.E.G. en el área sanitaria de Ourense. Se han diseñado protocolos de actuación, tratamiento y derivación a consultas y endoscopia en ambos escenarios. El objetivo del presente estudio es evaluar los motivos de solicitud de las exploraciones endoscópicas, la adecuación de los mismos, los hallazgos endoscópicos y los tiempos de demora.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo. Se analizaron las endoscopias realizadas con las indicaciones de dispepsia y rectorragia entre Febrero y Agosto de 2009 solicitadas directamente desde A.P. frente a las derivadas inicialmente a la consulta externa de digestivo. Se recogieron los datos demográficos, los motivos de solicitud, la adecuación al protocolo y los hallazgos endoscópicos. Se calculó el tiempo de demora a partir de la fecha en que el paciente se derivaba desde A.P. Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la t de Student. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para comparar los tiempos de demora entre las dos cohortes.

RESULTADOS: En el período analizado, se realizaron 81 endoscopias digestivas altas (EDA) (Digestivo 56, 25 A.P.) y 116 colonoscopias (Digestivo 82, A.P. 34). El 53.3% eran mujeres, y la edad media fue de 57.4 ± 14.6 años. Los motivos de solicitud de la EDA por dispepsia desde primaria fueron: mala respuesta al tratamiento (14), síntomas recurrentes en menor de 55 años (9), síntomas recientes en mayor de 55 años (7) y signos de alarma (3), con un nivel de adecuación del 84%. En cuanto a las colonoscopias solicitadas por rectorragia desde A.P., los motivos fueron: rectorragia e historia familiar de CCR (13), ausencia de lesión anorrectal (12), signos de alarma (9) y masa rectal (2), con un nivel de adecuación del 84.4%. Los hallazgos endoscópicos se pueden visualizar en la tabla adjunta.

	Colonoscopia			Endoscopia digestiva alta			
	A.P.	Digestivo	p	A.P.	Digestivo	p	
Hemorroides	27.3%	53.7%	0.01	ERGE	4.8%	5.4%	1
Divertículos	21.2%	11%	0.23	Gastritis	42.9%	33.9%	0.6
Pólipos	27.3%	32.9%	0.65	Úlcera	0%	7.1%	0.57
CCR	12.1%	4.7%	0.1	Neoplasia	4.8%	1.8%	0.47
Normal	24.2%	22%	0.8	Normal	23.8%	37.5%	0.3

Los tiempos de demora medios para la EDA fueron de 98.92 ± 10.82 y 150.27 ± 12.92 días en las solicitadas desde A.P. y consultas externas respectivamente ($p < 0.001$). Para la colonoscopia los tiempos fueron de 117 ± 14.25 y 169 ± 10.78 días ($p: 0.012$).

CONCLUSIONES: Aunque el número de exploraciones ha sido bajo, el aumento de capacitación de A.P. en digestivo en base a la implementación de GPC reduce los tiempos de demora. Las exploraciones solicitadas se han adecuado a las indicaciones. Se ha detectado menos patología hemorroidal en las exploraciones solicitadas desde A.P.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

PARÁMETROS DE CALIDAD EN LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DEL ESTUDIO COLONPREV

Hernández, Vicent (1); Cubiella, Joaquín (2); Macenlle, Ramiro (2);
Herme, Jose Antonio (1); De Castro, María Luisa (1); Méndez, Carmen (2);
González, Simoneta (2); Aguado, Belén (2); González, María Dolores (1);
Alonso, Ana (1); Iglesias, Pilar (1)
CHUVI. Vigo (1); CHOU. Ourense (2)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colonoscopia con polipectomía es el elemento central en las estrategias de cribado del cáncer colorrectal (CCR). La calidad de la colonoscopia en el cribado del CCR en población de riesgo medio se relaciona con la tasa de detección de lesiones neoplásicas y ésta depende de una serie de parámetros cuantificables. Los indicadores de calidad de la endoscopia de cribado son: la preparación intestinal, la intubación cecal, el tiempo de retirada del endoscopio y la tasa de detección de lesiones. El objetivo del presente estudio es evaluar los criterios de calidad de las endoscopias de cribado realizadas en el estudio COLONPREV en Galicia.

MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional, realizado sobre las endoscopias practicadas en el estudio COLONPREV en Galicia. Se recogieron de cada una de las endoscopias los siguientes datos: sexo, edad, endoscopista, tipo de preparación, grado de preparación intestinal, uso de sedación, nivel de tolerancia, tiempo de retirada en las endoscopias normales, número de endoscopias completas, hallazgos endoscópicos y complicaciones precoces. Se consideró una colonoscopia de calidad aquella que cumple los siguientes criterios: preparación intestinal adecuada, intubación cecal y tiempo de retirada superior a 6 minutos.

RESULTADOS: Desde el 15 de abril de 2009 hasta el 30 de octubre de 2009 se han realizado 272 colonoscopias (50.4% mujeres, edad media 64.97 ± 2.43). La preparación intestinal se realizó en todos los casos con polietilenglicol, siendo la limpieza intestinal excelente o buena en el 90.3%, suficiente en el 8.6%, e inadecuada en el 1.1% de los casos. En todas las exploraciones se utilizó sedación (meperidina + midazolam en el 47%, fentanilo + midazolam en el 14% y propofol en el 39% de las exploraciones), siendo la tolerancia buena o suficiente en el 90% de los pacientes y regular o mala en el 10%. En el 95.2% de las exploraciones se alcanzó el ciego; el 58.3% de los pacientes con exploración incompleta presentaron mala tolerancia a la prueba y el 15.4% una preparación inadecuada. El tiempo medio de retirada fue 13.1 ± 7.9 min, y en las exploraciones en las que no se detectó pólipos o neoplasias 8.3 ± 2.9 min. Se detectó pólipos o neoplasias en el 61.5% de las exploraciones. En el 91.9% de los casos la colonoscopia cumplía los criterios de preparación adecuada, intubación de ciego y tiempo de retirada mayor de 6 minutos. En 5 pacientes (1.8%) se produjeron complicaciones que no requirieron ingreso; ninguno de los pacientes con colonoscopia normal presentó complicaciones, frente al 3% de los pacientes en los que se detectó pólipos o cáncer ($p=0.160$); la aparición de complicaciones no se relacionó con el tipo de sedación utilizado. Entre los diferentes endoscopistas no se apreciaron diferencias en el tiempo de retirada en colonoscopias normales ni en la tasa de detección de pólipos o neoplasias.

CONCLUSIONES: Las colonoscopias realizadas en el estudio COLONPREV se ajustan a los parámetros de calidad recomendados.

PRÓTESIS PLÁSTICAS AUTOEXPANDIBLES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANASTOMÓTICAS ESÓFAGO-YEYUNALES POST-OPERATORIAS

Vázquez López, Santiago (1); Vila, Juan José (2); Fernández, Alberto (1);
González-Portela, Carlos (1); De la Iglesia, Manuel (1); Lozano, Manuel (1);
Toscano, Ernesto (1)
Hospital POVISA. Vigo (1); Hospital de Navarra. Pamplona (2)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las prótesis plásticas autoexpandibles se están utilizando cada vez con mayor frecuencia para el tratamiento de las fístulas anastomóticas post-operatorias. Esta complicación ocurre en el 4-27% de los pacientes tras una gastrectomía total, con una elevada mortalidad de hasta el 69%. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de las prótesis plásticas autoexpandibles en el tratamiento de la fístula anastomótica esófago-yeyunal desarrollada tras una gastrectomía total realizada por cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el período de un año los pacientes a los que se les realizó en nuestro hospital una gastrectomía total y que desarrollaron una fístula anastomótica fueron prospectivamente incluidos en este estudio tras firmar un consentimiento informado y tratados con la colocación de una prótesis plástica autoexpandible con control endoscópico y fluoroscópico para la oclusión de la fístula.

RESULTADOS: Cuatro pacientes fueron incluidos en el estudio (3 mujeres/1 hombre). El intervalo medio entre la intervención quirúrgica y la colocación del stent fue de 16 días (rango 4-34). La colocación de la prótesis fue realizada con facilidad en todos los pacientes con oclusión completa de la fístula en tres de ellos. En el cuarto paciente fue necesaria la colocación de una segunda prótesis coaxial para conseguir la oclusión completa de la fístula. No se produjeron migraciones del stent en nuestra serie. Un paciente ya había desarrollado mediastinitis en el momento en el que se le colocó la prótesis y falleció tres días después. La extracción endoscópica de la prótesis se realizó 4-8 semanas después de su colocación objetivándose un cierre completo de la fístula.

CONCLUSIONES: El uso de prótesis plásticas autoexpandibles es una alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de las fístulas anastomóticas esófago-yeyunales post-operatorias.

EMPLEO DE LA RESONANCIA DE INTESTINO DELGADO EN LA EVALUACIÓN DE LAS ESTENOSIS ILEALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: CORRELACIÓN CLÍNICO - ENDOSCÓPICA Y ANALÍTICA

Ollero Pena, Virginia; Gallego Ojea, José Carlos; Porta Vilas, Ana; Echarri Piudo, Ana;
Castro Alvaríño, Javier
Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La enfermedad de Crohn presenta una afectación transmural que evoluciona de manera frecuente en estenosis sintomáticas. La afectación del íleon terminal es común. El objetivo de este estudio es evaluar la fiabilidad de la RMN en la valoración de la estenosis ileales y su correlación con la severidad clínica y endoscópica, así como con los niveles de PCR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 65 pacientes con estenosis ileal, realizándose evaluación clínica (escala Harvey-Bradshaw) y de PCR. Se realizó ileoscopia y RMN en 61 pacientes y estudio de la pieza quirúrgica en 4. La severidad endoscópica fue evaluada según la escala de SES-CD. Los resultados de la RMN fueron calculados según el MRI activity index. El análisis estadístico se realizó mediante el empleo del test de correlación de Spearman.

RESULTADOS: Se evaluaron 65 pacientes con EC ileal. El 45% presentaron enfermedad moderada a severa (índice de Harvey-Bradshaw ≥ 5). El valor medio de PCR fue 6. El 95% tenía lesiones endoscópicas, siendo leves en el 55% (SES-CD ≤ 6) y de moderadas a severas en el 40% (SES-CD ≥ 7). El índice MRE indicó enfermedad quiescente en el 3%, leve en el 40% y moderada a severa en el 57%. La media del calibre estenosis fue del 82.7%, con un grosor medio de la pared de 6.1 mm. La correlación entre el índice RMN y el endoscópico fue significativo ($\rho = 0.66$; $p < 0.0001$) así como con el nivel de PCR ($\rho = 0.51$; $p < 0.0001$). El índice de actividad de RMN mostró una menor correlación con la actividad clínica ($\rho = 0.44$; $p = 0.0002$). La actividad endoscópica mostró una mayor correlación con los índices de actividad clínica y el nivel de PCR ($\rho = 0.65$ y 0.67 , respectivamente; $p < 0.0001$ en ambos casos) que con el radiológico.

CONCLUSIONES: La severidad de las estenosis demostrada en los estudios de RMN mostró una correlación con la actividad endoscópica, y puede ser de utilidad en la determinación del grado de inflamación de las estenosis. La RMN presentó una mayor asociación con los niveles de PCR y la afectación endoscópica que con la actividad clínica.

UTILIDAD DE LA BECLOMETASONA DIPROPIONATO ORAL COMO TRATAMIENTO PARA LA INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN EN COLITIS ULCEROSA ACTIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Barreiro de Acosta, Manuel (1); Hernández, Vicent (3); Martínez Ares, David (3);
Ruiz, María Jesús (2); Carpio, Daniel (2); Sanromán, Luciano (3); Sans, Miquel (4)
CHUS. Santiago (1); CHOP. Pontevedra (2); CHUVI. Vigo (3); Clinic Barcelona (4)

ANTECEDENTES: Beclometasona dipropionato (BDP) es un fármaco disponible para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) leve y moderada. En los últimos dos años desde su introducción en el mercado numerosos pacientes han recibido este fármaco en España.

OBJETIVOS: Estudiar la eficacia y seguridad de la BDP oral en el tratamiento de la CU activa en la práctica clínica.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, multicéntrico (34 centros), nacional, tres de ellos gallegos (CHUS, CHUVI y CHOP) en el que se incluyeron 434 pacientes con colitis ulcerosa activa tratados con BDP. La actividad clínica se cuantificó mediante el Índice de Mayo clínico (IMC, 0-9), lo que incluyó el número de deposiciones, sangre en heces y valoración global. Se han excluido 20 pacientes en los que no era posible calcular el IMC pre- y/o post-tratamiento y 20 en los que el IMC pre-tratamiento era <3, quedando 394 pacientes evaluables. Se definió la remisión como un IMC post-tratamiento de 0 ó 1 y la respuesta como un descenso del IMC de 3 puntos o descenso del IMC de 2 puntos y >30%.

RESULTADOS: La serie incluye 197 mujeres y 197 hombres, edad media 43.7 años, tiempo medio de evolución 72 meses y extensión E1 (11.4%), E2 (48%) y E3 (40.6%) según la clasificación de Montreal. En el momento de iniciar BDP los pacientes estaban recibiendo 5ASA oral (81.7%), 5ASA tópica (39.8%), azatioprina (18.8%) o esteroides (9.4%). Se utilizó la dosis de 5 mg en el 87.8% de los pacientes durante una media de 6.2 semanas. El tratamiento con BDP logró remisión (44.4%), respuesta (22.3%) o fracaso (33.2%) y el ICM pasó de 4.9 ± 1.3 a 2.4 ± 2.3 . Un 7.6% de los pacientes presentaron efectos secundarios leves, siendo los más frecuentes cefalea y náuseas. Algunos pacientes tras el tratamiento con BDP requirieron rescate con esteroides (31.7%), ciclosporina (2.3%), infliximab (3.6%), ingreso hospitalario (6.6%) o colectomía (1%).

CONCLUSIONES: BDP consigue inducir la remisión o respuesta en dos tercios de los pacientes con CU activa, manteniendo un buen perfil de seguridad, en la práctica clínica diaria.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

CÁNCER DE ESTÓMAGO OPERADO: UNA ENTIDAD EN DECLIVE

Pérez Domínguez, Lucinda; Pardellas Rivera, Hermelinda; López Saco, Ángel;
Cáceres Alvarado, Nieves; Díaz Cardamas, Pablo; Flores Rodríguez, Erene;
Álvarez García, Helena; Freiría Eiras, Miguel; Gil Gil, Pedro

CHUVI.Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer de estómago operado (CEO) se define como un tumor de estirpe epitelial que aparece pasados más de cinco años en el remanente gástrico de una gastrectomía o en el estómago no reseado tras intervención por patología ulcerosa benigna gastroduodenal. La incidencia de CEO puede oscilar entre el 1% y el 9% según las series. Presentamos y analizamos nuestra experiencia en el CEO.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos de forma retrospectiva el historial clínico de 65 pacientes intervenidos de CEO en nuestro Servicio entre enero de 1985 y diciembre de 2005, lo que representa un 6% del total de los cánceres gástricos intervenidos en ese periodo.

RESULTADOS: De los 65 pacientes revisados, 55 eran varones (85%) y 10 mujeres (15%), con una edad media de 68 años (46-85). La primera intervención fue por úlcera duodenal o pilórica en 37 casos (57%) y gástrica en 28 (43%); presentando gastrectomía con Billroth II en 45 de ellos (69%), con Billroth en 17 (26%) y en 3 casos (5%) vagotomía y piloroplastia. El tiempo medio de latencia entre la primera intervención y el diagnóstico del cáncer fue de 28.7 años (7-53). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: dolor o dispepsia en el 92% de los pacientes, síndrome constitucional en el 80% y anemia (hemoglobina inferior a 10 g/dl) o sangrado en el 68%. El retraso diagnóstico medio desde el inicio de los síntomas fue de 6.5 meses (1-12) y, en la mayoría de ellos, se realizó mediante endoscopia. El 74% de los casos se diagnosticaron en estadios III y IV. Tras el diagnóstico se realizaron 47 gastrectomías totales (72%), 4 subtotales (6%), 13 laparotomías exploradoras (20%) y 1 derivación (2%). El 43% de las cirugías fue con intención curativa. La mortalidad operatoria fue del 18%. El patrón anatomopatológico más frecuentemente encontrado fue el de tipo intestinal con un 57% de los casos.

CONCLUSIONES: Existe un claro predominio del sexo masculino entre los pacientes diagnosticados de CEO debido a una incidencia incrementada de enfermedad ulcerosa en varones. La mayor incidencia de CEO se produce en la séptima década de la vida, en nuestra serie la edad media de presentación fue de 68 años y no difiere de la media que presentan el resto de los pacientes intervenidos por cáncer gástrico en nuestro Servicio. En la mayoría de los casos el tumor asienta sobre reconstrucciones tipo Billroth II, que era la más frecuentemente realizada. El tiempo medio de latencia hasta su diagnóstico fue de 28.7 años, como en la mayoría de estudios. La clínica inespecífica (dispepsia, anemia...) en estos casos justifica el retraso diagnóstico (6.5 meses en nuestro estudio). El principal método diagnóstico es la endoscopia con toma de biopsias y la supervivencia o el pronóstico varían en función del estadio. El CEO, dado que la enfermedad ulcerosa ha dejado de tratarse quirúrgicamente salvo en la urgencia, es una entidad que se encontrará rara vez con el paso del tiempo.

COMUNICACIONES POSTER

Resúmenes

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

PAPEL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL TRATAMIENTO DEL FALLO HEPÁTICO AGUDO POR INTOXICACIÓN POR AMANITA PHALLOIDES

Martínez Lesquereux, Lucía; Martínez Castro, Jorge Juan; Conde Freire, Rogelio; Bustamante Montalvo, Manuel; Rodríguez Segade, Faustino; Varo Pérez, Evaristo
CHUS. Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La intoxicación por *Amanita Phalloides* es la causa más común de intoxicación letal por setas. Los síntomas clínicos típicos de náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea son inespecíficos y con frecuencia se confunden con gastroenteritis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de nuestra experiencia desde el año 2000 hasta el momento actual de trasplante hepático motivado por fallo hepático agudo secundario a intoxicación por *Amanita Phalloides*.

RESULTADOS: En el período descrito se realizaron en nuestro centro 2 trasplantes hepáticos en pacientes intoxicados por *Amanita Phalloides*.

Caso 1. Mujer de 53 años que aproximadamente 8 horas tras la ingesta de setas desarrolla cuadro de dolor abdominal, vómitos y diarrea; ingresa en hospital de nuestra comunidad estableciéndose medidas de soporte a pesar de lo cual desarrolla fallo hepático agudo de curso fulminante (intervalo ictericia-encefalopatía <7días) por lo que se traslada a Unidad de Críticos de nuestro centro, ante el deterioro progresivo de la función hepatocelular (INR 1.93, factor V 6%) y profundización del grado de encefalopatía es incluida en código urgente de trasplante hepático, realizándose trasplante hepático ortotópico al 5º día tras la intoxicación. El estudio histológico de la pieza de hepatectomía demuestra necrosis hepatocitaria submasiva de origen tóxico. El postoperatorio se ve complicado con hematoma subglótico complicado con obstrucción de la vía aérea que obliga a realización de traqueostomía. Buena evolución posterior; injerto normofuncionante y normalización de parámetros analíticos.

Caso 2: Varón de 8 años de edad que ingresa en UCI pediátrica de nuestro centro 24 horas después de la ingesta de sopa de setas con clínica digestiva de dolor abdominal, vómitos, diarrea, hematomas en región frontal y torácica. Se confirma intoxicación por *Amanita Phalloides* mediante detección de amatoxinas en orina; iniciándose tratamiento con medidas de soporte, penicilina G, silibinina, carbón activado y vitamina K; a pesar de lo cual desarrolla fallo hepático agudo grave de curso fulminante. Se incluye en código urgente de trasplante por profundización del grado de encefalopatía, con TQ 29s. y factor V 31%. Pretrasplante precisó hemofiltración e instauración de dos ciclos de MARS. Se realiza trasplante hepático ortotópico, mostrando el estudio histológico de la pieza de hepatectomía necrosis zonal perivenular que afecta difusamente a todo el hígado.

CONCLUSIONES: La intoxicación por setas, es una causa infrecuente de fallo hepático en nuestro medio; sin embargo debido a su alta morbi-mortalidad constituye una emergencia médica. Aunque no contamos con estudios clínicos controlados, basándonos en series de casos se han establecido directrices para su tratamiento. El uso como antídoto de Penicilina G iv, así como el empleo de Silibinina está documentado mediante informes de casos. Ante la evidencia de daño hepático deben establecerse medidas de detoxificación a través de carbón activado o plasmáferesis. El trasplante hepático debe considerarse en casos de fracaso hepático severo.

DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN SIMULANDO ADENOCARCINOMA DE SIGMA ESTENOSANTE

Carmona Campos, Amalia; Pardeiro Pértega, Remedios; Estévez Boullosa, Pamela;
Vázquez Rey, Teresa; Crespo Suárez, Belén; Blanco Rodríguez, Marta;
Couto Wörner, Ignacio; Vázquez Millán, María Ángeles; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de Enfermedad de Crohn con afectación colónica que debuta como cuadro de oclusión intestinal simulando neoformación de sigma con imagen endoscópica idéntica a la de un cáncer colorrectal estenosante.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente de 39 años sin antecedentes personales de interés, ingresado para estudio de dolor abdominal asociado a alteración del hábito intestinal y síndrome general. Tras la ingesta de la preparación para estudio endoscópico (solución Bohm) presenta empeoramiento con dolor e importante distensión abdominal asociados a vómitos alimentario-fecaloideos. En pruebas de imagen se visualiza engrosamiento de la pared de colon que provoca reducción progresiva del calibre de la luz y gran dilatación preestenótica con diámetro cecal de 10 cm, sugiriendo proceso neoplásico como primera posibilidad. Con estos hallazgos es valorado por el Servicio de Cirugía General, que solicita estudio endoscópico objetivándose una neoformación proliferante que provoca estenosis infranqueable de la luz en proximidades de ángulo esplénico. Ante sospecha de cáncer colorrectal de sigma se decide intervención quirúrgica urgente realizándose colectomía subtotal con ileostomía terminal en fosa ilíaca derecha, siendo el diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica Enfermedad de Crohn estenosante y fistulizante de colon izquierdo.

DISCUSIÓN: La Enfermedad de Crohn se caracteriza por la afectación transmural de la pared, extendiéndose la inflamación también de forma característica a la grasa mesentérica. Los hallazgos endoscópicos se mueven en un rango que va desde la presencia de mucosa en empedrado y úlceras aftoides a la formación de úlceras grandes y profundas con fistulización a otras asas intestinales, la pared abdominal o diversos órganos. Otro hallazgo distintivo frente a la Colitis Ulcerosa es la formación de estenosis que se producen típicamente en íleon terminal, en la mayoría de los casos por fibrosis parietal secundaria a los episodios de ulceración y fisurización profundas. Presentamos este caso por tratarse de una forma atípica de presentación de la enfermedad, no sólo por la localización de la lesión, sino también por sus características endoscópicas.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

SOLUCIONES EVACUANTES EN LA PREPARACION PARA COLONOSCOPIA. EVALUACION DE UNA ALERTA FARMACOLOGICA SOBRE LOS FOSFATOS DE SODIO

Fernández-Campos, Milagros; Alonso, Ana; Iglesias, Pilar; Rionda, Mar; Cid, Lucía;
De Castro, Luisa; Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI. Vigo

INTRODUCCION: Las soluciones evacuantes empleadas antes de la colonoscopia deben ser eficaces y seguras. En Febrero de 2009 se emitió en el CHUVI una alerta farmacológica que advertía sobre las posibles complicaciones de las soluciones de Fosfato de Sodio en pacientes con edad superior a 55 años, historia de HTA, cardiopatía, nefropatía, enfermedad Inflamatoria Intestinal (E.I.I.) o toma crónica de AINEs.

Nuestro objetivo ha sido valorar su repercusión en nuestra práctica clínica y exponer las características de la población sometida a colonoscopia.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional en pacientes sometidos a una colonoscopia ambulatoria durante marzo-junio de 2009. Se recogió la medicación habitual del paciente, el tipo de preparación empleada y la eficacia de ésta. Las peticiones de colonoscopia fueron clasificadas según su fecha de petición como previas o posteriores a dicha alerta farmacológica.

RESULTADOS: Se evaluaron 271 pacientes: 51,1% mujeres, edad 61,3 (15) años. Las peticiones provenían del Servicio de Aparato Digestivo en un 58%. La preparación más frecuente empleada fue Polietilenglicol 4 L (Sol. BOHM) en 233 (88%) frente a 32 de Fosfosoda (12%), detectando incumplimiento por parte de los pacientes en la pauta indicada en un 9% y 3% de casos respectivamente. La limpieza del colon fue considerada adecuada en 168 (63%) exploraciones, sin existir diferencias entre las dos soluciones empleadas. Existían comorbilidades médicas (HTA, Cardiopatía o Nefropatía con toma diaria de medicación) en un 52,8% de pacientes. Si consideramos también la ingesta crónica de AINEs, E.I.I. activa y edad superior a 55 años, la alerta sobre Fosfatos de Sodio afecta al 75,4% de los pacientes sometidos a colonoscopia. De los 32 pacientes que recibieron Fosfato de Sodio como evacuante intestinal, 15 peticiones (47%) fueron anteriores a la alerta y 18 (53,1%) posteriores, existiendo condiciones clínicas que desaconsejarían la toma de esta preparación en 11 (73,3%) y 12 (70,6%) pacientes respectivamente.

CONCLUSIONES: Un 75% de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria presentan una o más características clínicas que desaconsejan el empleo de soluciones evacuantes de fosfato sódico.

No se ha detectado una modificación tras la emisión de la Alerta Farmacológica ni en el número de colonoscopias solicitadas ni en la restricción de esta preparación a los pacientes sin características de riesgo.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO DE CANCER COLORRECTAL

Sanromán Alvarez, Luciano; Molanes Fernández, Susana; Medina Muñoz, C.;
Lloves Boo, E.; Souto Soto, M.I.; Martínez Martínez, María Luisa; Cid Gómez, Lucía;
De Castro Parga, M^a Luisa; Hernández Ramírez, Vicent; Tardío, Antoni;
Rodríguez-Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo

INTRODUCCION: La atención sanitaria a los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) debe englobar también medidas de selección y prevención en los pacientes de alto riesgo de CCR. Durante el año 2009 hemos desarrollado como proyecto piloto una consulta de alto riesgo de CCR (CAR-COLON). Nuestro objetivo ha sido evaluar los resultados de esta iniciativa.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional. Revisión de los datos obtenidos en la consulta de alto riesgo de CCR desde el 1 Enero al 31 Octubre de 2009.

En este período hemos evaluado retrospectivamente un numero de pacientes recogidos a través de la Unidad de Endoscopia y prospectivamente los casos incidentes del año 2009 utilizando CMBD, listados de endoscopias y de ingresos en la planta de Cirugía. También se han incluido casos remitidos desde consultas por presentar antecedentes familiares de CCR.

En todos los casos se ha realizado un árbol genealógico que abarca hasta tres generaciones, y hemos seguido las recomendaciones de la guía de la AEG 2009 sobre el manejo y seguimiento de estos pacientes.

RESULTADOS: La muestra total es de 180 pacientes (56 del año 2008 y 124 del año 2009), acudiendo a la cita 160 de ellos (88.9%).

23 pacientes fueron remitidos por antecedentes familiares (14,4%). Los restantes 137 son casos índice de CCR, de los cuales en 37 casos acude a la consulta el propio paciente, bien solo o acompañado de sus familiares (27%).

Entre los 137 casos de CCR evaluados 20 pacientes cumplen criterios de Bethesda (12.5%) y 6 (3.7%) cumplen criterios de Amsterdam II.

Se han solicitado InmunoHistoquímica de genes reparadores de DNA a 26 pacientes (16.2%), habiendo identificado hasta la fecha 2 casos de Síndrome de Lynch en una misma familia y dos pacientes con PAF atenuada asociada al gen MYH.

Se han elaborado y enviado 94 informes de enfermería que incluyen las recomendaciones de cribado para los pacientes que cumplen criterios de CCR familiar.

CONCLUSIONES: La asistencia a la consulta de alto riesgo de CCR es alta, bien sea por parte del paciente o sus familiares.

Esta consulta demuestra ser un instrumento de gran utilidad para la detección de aquellos casos de CCR subsidiarios de un análisis genético-molecular adicional así como para estandarizar las medidas de cribado de CCR en pacientes de alto riesgo y difundir medidas de prevención primaria en esta neoplasia.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

APENDICITIS GRANULOMATOSA

Álvarez García, Helena; Rivo Vázquez, Angel; López Saco, Angel;
Higuero Grosso, Antonio Pedro; García Lorenzo, Francisco;
Pardellas Rivera, Hermelinda; Pérez Domínguez, Lucinda; Flores Rodríguez, Erene V.;
Freiria Eiras, Miguel Angel; Díaz Cardamas, Pablo
CHUVI.Vigo

INTRODUCCIÓN: La inflamación granulomatosa del apéndice es una entidad infrecuente que habitualmente debuta como un cuadro insidioso de dolor en fosa ilíaca derecha y fiebre. Generalmente se interviene con la sospecha de apendicitis aguda y el diagnóstico definitivo no se obtiene hasta el estudio final de la pieza. Agentes infecciosos como *Mycobacterium tuberculosis* o *Yersinia pseudotuberculosis*, reacciones a cuerpo extraño o enfermedades sistémicas como la sarcoidosis pueden ser responsables de este cuadro, por lo que se han de realizar los estudios que permitan descartarlos. Aunque las características microscópicas puedan sugerir el diagnóstico de afectación apendicular por enfermedad de Crohn, la baja tendencia a la fistulización y la escasa recurrencia durante el seguimiento hacen que muchos autores prefieran el término de Apendicitis Granulomatosa Idiopática en aquellos casos sin afectación ileal o cecal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Aportamos el caso de una mujer de 25 años intervenida en nuestro Servicio por un cuadro de dolor abdominal en relación con un proceso inflamatorio crónico que afectaba al apéndice y su base de implantación en ciego.

RESULTADOS: Se trata de una paciente que ingresa a través del Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de localización en fosa ilíaca derecha y febrícula. No presenta sintomatología digestiva acompañante ni otros antecedentes de interés. A la exploración física presenta dolor a la palpación sobre fosa ilíaca derecha con discreta defensa y peritonismo, apreciándose también una masa a dicho nivel. El hemograma revela leucocitosis de 16.600/uL (76,2% neutrófilos) como único hallazgo analítico de interés. La ecografía y la TC muestran importante reacción inflamatoria del apéndice y del íleon terminal con abscesificación y adenopatías, hallazgos compatibles con apendicitis aguda sin poder descartarse la ileítis. Durante la cirugía se aprecia un gran engrosamiento de la pared del apéndice y su base de implantación en ciego, de consistencia gomosa, así como múltiples adenopatías en meso cuya biopsia intraoperatoria no es concluyente. Se realiza una hemicolectomía derecha. El estudio anatomopatológico de la pieza demuestra un apéndice de 3,5 cm. de diámetro con un proceso inflamatorio crónico por afectación inflamatoria transmural con acúmulos linfoides y granulomas de células epitelioides y células gigantes multinucleadas. En ciego periapendicular presenta inflamación intensa con formación de úlceras fisurantes. El diagnóstico del patólogo es de Enfermedad de Crohn con afectación de apéndice cecal y ciego. La evolución postoperatoria es favorable y la paciente permanece asintomática después de 2 años.

CONCLUSIONES: La inflamación granulomatosa del apéndice es infrecuente y exige descartar procesos infecciosos, enfermedades sistémicas o reacciones a cuerpo extraño. En la mayor parte de los casos el diagnóstico es de enfermedad de Crohn limitada al apéndice aunque la evolución favorable a largo plazo sin apenas recurrencias hace que muchos autores consideren este proceso como una entidad independiente de la enfermedad de Crohn.

ANEMIA MICROCÍTICA Y TROMBOCITOSIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO

Serantes Gómez, Ana; Gambi Pisonero, Daniel; Armagnague Mallada, José Horacio;
Gasz, Andrés; Sancho Calatrava, Eloy; Molina Martín de la Sierra, Juan Manuel
Hospital Santa Barbara. Puertollano

INTRODUCCIÓN: El linfangioma quístico mesentérico (LQM) es un tumor raro, benigno, típico de la infancia. Cuando se presenta en el adulto la clínica suele ser inespecífica. Presentamos un caso clínico donde la primera manifestación fue una anemia microcítica asociada a trombocitosis.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años con retraso psicomotor desde la infancia, EPOC, fumador, en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos que acude por vómitos autoprovocados y destacando en el hemograma anemia microcítica con trombocitosis. A la exploración presenta abdomen distendido no timpanizado con dolor difuso, sin defensa ni peritonismo. La radiografía presenta efecto masa que desplaza asas intestinales hacia HD. En ecografía, TC y resonancia magnética se evidencia gran masa quística tabicada desde epigástrico hasta pelvis sin poder determinar el origen anatómico.

Intervenido bajo anestesia general, se halla tumor de 65x30 cm desplazando colon e intestino delgado hacia hipocondrio derecho, se libera la tumoración multiquística del esenterio y borde inferior del páncreas y se efectúa esplenectomía. Se da el alta en el octavo día postoperatorio.

DISCUSIÓN: Los QM son tumores abdominales poco frecuentes de los cuales un tercio se diagnostican en la edad pediátrica. La clasificación más utilizada para estos quistes es la propuesta por Perrot. Su localización más frecuente es en axila y cuello y menos del 5% en el abdomen. Dentro de los LQ abdominales la localización más frecuente en la infantil es el mesenterio. Raramente se presentan en la edad adulta, y cuando lo hacen, se localizan con más frecuencia en retroperitoneo. La etiología no está definida. La teoría más aceptada es una malformación congénita relacionada con un defecto en la conexión de los vasos linfáticos principales con el colector principal. Anatomopatológicamente son lobulados no encapsulados, multiquísticos con contenido lechoso, seroso o hemorrágico. La presentación clínica de los LQM es variada, depende del tamaño y la edad de presentación. Las pruebas de imagen más útiles son ecografía y la TC importante para ver extensión y afectación de estructuras y diagnóstico diferencial con tumores intraperitoneales. Los exámenes inmunohistoquímicos sirven como criterio definitivo para el diagnóstico diferencial con el resto de los quistes mesentéricos. El tratamiento es siempre quirúrgico con resección completa con márgenes suficientes. Puede recidivar en un 10% de los casos.

CONCLUSIONES: El LQM es una enfermedad rara predominantemente benigna más frecuente en la infancia. Existe confusión entre LQ y quiste mesentérico; QM es toda lesión quística localizada exclusivamente en el mesenterio, mientras que LQ se debe utilizar para referirse a una tumoración quística revestida de células endoteliales y paredes con músculo liso que sólo se localiza en el mesenterio en un 5% de los casos.

NEUMOPERICARDIO SECUNDARIO A NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

Serantes Gómez, Ana; Gambi Pisonero, Daniel; Armagnague Mallada, José Horacio;
Gasz, Andrés; Sancho Calatrava, Eloy; Molina Martín de la Sierra, Juan Manuel
Hospital Santa Barbara. Puertollano

INTRODUCCIÓN: El neumopericardio (NP) es una entidad infrecuente potencialmente grave que puede evolucionar hacia el taponamiento cardíaco. La mayoría de los casos se han descrito en pacientes recién nacidos con ventilación mecánica. Las causas en el adulto sin traumatismo previo son, generalmente, de origen iatrogénico.

CASO CLÍNICO: Varón de 74 años con antecedentes de carcinoma microcítico de pulmón tratado con quimio y radioterapia desde hace más de dos años, diagnosticado meses atrás de neumatosis quística intestinal (NQI), es remitido a la urgencia para valorar en la radiografía de abdomen imagen sospechosa de neumoperitoneo. El paciente se encuentra en estudio por dolor abdominal y estreñimiento de días de evolución. A la exploración presenta abdomen distendido timpánico levemente doloroso sin signos de peritonismo. El análisis de sangre muestra una ligera leucocitosis sin neutrofilia.

La TC describe gran retroneumoperitoneo, con neumomediastino, mínimo NP y enfisema subcutáneo de probable origen colónico secundario a la NQI. Se decide tratamiento conservador e ingreso con evolución favorable.

DISCUSIÓN: El NP es la presencia de aire en la cavidad pericárdica. Los criterios diagnósticos del NP según el ECG es inespecífico y en la radiografía de tórax se observa una banda translúcida que rodea el corazón el "signo del halo". La NQI es poco común, de etiología desconocida y curso variable, caracterizada por la acumulación de gas dentro de cavidades quísticas, subserosas o submucosas, a lo largo de la pared del tracto digestivo, en intestino delgado y colon. Presenta una evolución benigna y curso asintomático. Cuando hay síntomas los más frecuentes son: diarrea, secreción de moco, sangrado rectal. Las complicaciones más frecuentes son el íleo, invaginación, vólvulo, obstrucción y neumoperitoneo. Una rotura masiva de los quistes con neumoperitoneo masivo, como es el caso, explicaría tanto el neumomediastino como el NP. Síntomas inespecíficos como diarrea, estreñimiento, distensión abdominal o molestias difusas. Las radiografías de abdomen y de tórax son las pruebas de imagen más rentables para el diagnóstico siendo la tomografía computerizada la prueba que confirma el diagnóstico. Mientras que los pacientes asintomáticos no requieren tratamiento específico, los sintomáticos se pueden tratar con flujos altos de oxígeno durante varios días, asociando tratamiento antibiótico con metronidazol. Sólo en casos seleccionados puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES: La NQI presenta una evolución benigna y curso asintomático evolucionando, en ocasiones, como un neumoperitoneo espontáneo asintomático. El NP es una complicación anecdótica de la neumatosis quística intestinal, la presencia del neumomediastino secundario al neumoperitoneo masivo explicaría, en este caso, su presencia.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL HOSPITAL POVISA-VIGO. COMITÉ DE TUMORES

Martín Mosquera, Víctor Manuel; Toscano Novella, Ernesto; Toscano Novella, Alberto;
Lozano Gómez, Manuel
Hospital POVISA. Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Comité de Tumores del Hospital Povisa se creó en Abril del 2002 con el objetivo de hacer frente a las nuevas necesidades de la atención oncológica, creando un vínculo común entre los diferentes servicios para poder formar equipos asistenciales multidisciplinares plenamente interrelacionados. Las unidades que constituyen el Comité de Tumores se reúnen para la evaluación conjunta de casos y para una óptima toma de decisiones. Son principalmente grupos de profesionales que integran una visión transversal y multidisciplinar de un determinado tumor. La herramienta básica de trabajo es el protocolo terapéutico multidisciplinar consensuado por todos los servicios implicados

MATERIAL Y MÉTODOS: El Comité está constituido por cirujanos especializados, patólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas, radiólogos e internistas. Este grupo se reúne de forma periódica (semanalmente) para discutir el tratamiento específico de los pacientes, bien sea quirúrgico, médico o combinado.

RESULTADOS: Desde el 15 de Abril del año 2002 hasta Noviembre de este año fueron vistos un total de 1953 pacientes procedentes del Servicio de Cirugía General y Medicina Interna, siendo adoptado, en dicha reunión, el mejor tratamiento individualizado a seguir.

CONCLUSIONES: La creación de este Comité ha supuesto una mejora considerable para la calidad asistencial no sólo en el tratamiento sino también en el seguimiento de los pacientes.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

COLITIS POR CRYPTOSPORIDIUM: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

Estévez Boullosa, Pamela; Pardeiro Pértega, Remedios; Blanco Rodríguez, Marta;
Vázquez Rey, Teresa; Carmona Campos, Amalia; Crespo Suárez, Belén;
Pombo Otero, Jorge; Alonso Aguirre, Pedro
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: Varón de 56 años, transplantado cardíaco de 6 meses de evolución, en tratamiento con everolimus, tacrolimus, micofenolato y esteroides. Ingresa por diarrea de un mes de evolución con afectación del estado general y pérdida de peso, sin síndrome febril acompañante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras una primera colonoscopia con hallazgos inespecíficos y ante la sospecha de posible efecto secundario medicamentoso, se modifica tratamiento inmunosupresor sin presentar mejoría clínica por lo que se realiza TAC abdominal que muestra morfología compatible con proceso neoplásico en ángulo hepático por lo que se realiza nueva endoscopia.

RESULTADOS: En la colonoscopia se observa en ángulo hepático una úlcera con borde mamelonado y fondo de fibrina, dos lesiones similares de menor tamaño en colon derecho y otra úlcera de 3 cm. en sigma. El estudio con PCR-CMV e inmunohistoquímica para CMV en las biopsias de colon fueron negativos, observando sin embargo la presencia de *Cryptosporidium* causando daño en las criptas.

CONCLUSIÓN: *Cryptosporidium* es un protozoo intestinal del que existen más de diez especies, siendo *C. parvum* el principal responsable de enfermedad en el hombre. En la actualidad representa una causa importante de diarrea, dando lugar a procesos autolimitados en inmunocompetentes, diarrea y malnutrición en niños de países en desarrollo o significar una amenaza vital en inmunodeprimidos. Para su diagnóstico es preciso identificar los ooquistes en heces o en la mucosa gastrointestinal, como ocurrió en nuestro caso. Aunque su eficacia es limitada, la nitazoxanida y paramomicina pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes inmunodeprimidos, además de reposición hidroelectrolítica, antidiarreicos y nutrición enteral. Pensamos que el caso tiene interés por lo poco frecuente de lesiones ulceradas asociadas a infestación por *Cryptosporidium*.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL AREA DE VIGO

Martínez Cadilla, Jesús; Martínez Ares, David; Pereira Bueno, Santos;
Pineda Mariño, Juan Ramón; Sanromán Álvarez, Luciano;
Rodríguez Martínez, Dolores; Martín Granizo, Ignacio; Méndez Vázquez, Antonia;
Pallarés Peral, Abel; Rodríguez Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) puede afectar a todos los grupos de edad, describiéndose un segundo pico de incidencia en las últimas décadas de la vida, aunque este hecho está en discusión. Estudiamos en un grupo de pacientes que debutan de EII mayores de 60 años, las características epidemiológicas, la evolución clínica, la necesidad de cirugía y de fármacos inmunosupresores o biológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes que debutaron de EII mayores de 60 años en el área de influencia del CHUVI (Vigo). Se revisaron un total de 31 pacientes, 17 con enfermedad de Crohn y 12 con Colitis Ulcerosa y 2 colitis indeterminadas.

RESULTADOS: Del total de pacientes diagnosticados de EII el 56% fueron diagnosticados de enfermedad de Crohn y el 40% de colitis ulcerosa. En la distribución por sexos el 72% son varones y el 27% son mujeres.

En cuanto a la necesidad de cirugía por complicaciones de su EII la precisó el 10% del total de enfermos. No encontramos mortalidad en relación con la EII en este grupo de edad.

El 27% de los pacientes precisa fármacos inmunosupresores y el 6,8% biológicos. Ninguno de los pacientes estudiados presenta antecedentes familiares de EII.

Se valoró la incidencia de pólipos y patología neoplásica en el colon encontrándose que el 24,1% presenta pólipos y el 28% de los pacientes con pólipos muestran displasia, no se encuentran casos de cáncer colo rectal. El 100% de todos los pacientes con EII precisaron menos de 3 ingresos durante su evolución.

En el análisis particular de la Enf. de Crohn el 52% de los pacientes presenta un fenotipo A3L1B1- A3L2B1, la localización más frecuente es la ileal (L1) en un 41,1% y la segunda es la colónica con un 29% (L2). El 11,7% presenta una localización GI alta (L4). El comportamiento clínico más frecuente es el inflamatorio (B1) en un 64%.

En el análisis particular de la Colitis Ulcerosa, el 91% de los pacientes son varones. El debut de la enfermedad tanto en la localización como en la gravedad mostró que el 83,3% de los pacientes lo hicieron como colitis izquierdas leves y el 100% no precisó cirugía.

Al valorar los ingresos durante la evolución de los enfermos con CU encontramos que en el 91% de los pacientes no fue necesario.

CONCLUSIONES:

- 1- El curso evolutivo de la EII en el grupo de edad que debuta después de los 60 años es leve.
- 2- No presentan una mayor incidencia de patología neoplásica ni preneoplásica de colon que la población sana de su misma edad.
- 3- La morbilidad en relación con la EII en este grupo de edad es baja y la mortalidad nula.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ADOLESCENTES EN EL AREA DE VIGO. ESTUDIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO DESDE SU DIAGNOSTICO PEDIATRICO HASTA LA ADOLESCENCIA

Martínez Cadilla, Jesús; Pereira Bueno, Santos; Martínez Ares, David;
Hernández Ramírez, Vicent; García Burriel, Ignacio; Ramos Espada, Jose Manuel;
Martín Granizo, Ignacio; Rodríguez Martínez, Dolores; Méndez Vázquez, Antonia;
Rodríguez Prada, Ignacio
CHUVI.Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Alrededor de un 25% de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII) debutan durante la edad pediátrica, sobre todo en la adolescencia.

Estudiamos las características epidemiológicas y la evolución clínica de un grupo de pacientes diagnosticados en edad pediátrica hasta la adolescencia (19 años). Valoramos la necesidad de introducir fármacos biológicos o inmunosupresores durante la evolución de la enfermedad y el número de ingresos en relación a la EII.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 22 pacientes de los cuales 10 diagnosticados de Colitis ulcerosa (CU), 10 pacientes de enfermedad de Crohn (EC) y 2 con Colitis Indeterminada que debutaron en la edad pediátrica en el área de Vigo y que posteriormente se realizó el seguimiento en la consulta de digestivo de adultos.

RESULTADOS: El 70% de los pacientes diagnosticados debutaron entre los 13 y 19 años, todos los pacientes con EC debutaron entre los 15 y 19 años. El 70% de los pacientes con EII que debutaron entre la edad pediátrica y la adolescencia son varones. Valorando los antecedentes familiares de EII de los pacientes hallamos que éstos están presentes en un 30%.

El estudio del número de ingresos durante su evolución, mostró que el 70% precisó menos de 3 ingresos. El 90% no necesitó cirugía.

En cuanto a los fármacos utilizados durante su enfermedad el 60% de los pacientes precisaron introducir inmunosupresores y de éstos el 50% se realizó al año del diagnóstico. El 40% de los enfermos precisaron fármacos biológicos y de éstos el 75% lo hizo después del tercer año de debut de la enfermedad.

En los pacientes con enfermedad de Crohn predomina en un 60% el fenotipo A1L2B1, el 80% presenta un comportamiento inflamatorio (B1) y un 20% presenta un patrón penetrante con enfermedad perianal B3p.

Al realizar el estudio pormenorizado de los pacientes con colitis ulcerosa observamos que el 40% ha debutado antes de los 10 años de edad, y el 60% presentó al inicio una colitis izquierda moderada.

CONCLUSIONES:

- 1.- La edad más frecuente de debut de la EII fue en la adolescencia
- 2.- En los pacientes con EII que debutaron en la edad pediátrica el 80% lo hizo con un cuadro de gravedad moderado.
- 3.- El 80% de los pacientes está con inmunosupresores o biológicos como terapia de mantenimiento y es posible que ello contribuya a la disminución del número de ingresos y necesidad de cirugía.

¿INFARTO HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN EXTRAORDINARIA DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL HEPATOCARCINOMA?

Vázquez Rey, Teresa; Carmona Campos, Amalia; Estévez Boullosa, Pamela;
Crespo Suárez, Belen; Blanco Rodríguez, Marta; Couto Wörner, Ignacio;
Vázquez Millán, Maria Angeles; Alonso Aguirre, Pedro A
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de infarto hepático tras tratamiento percutáneo con etanol de hepatocarcinoma, por tratarse de una complicación excepcional de la técnica.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 68 años con antecedentes de cirrosis etílica que ingresa de forma programada para realización de tratamiento percutáneo de hepatocarcinoma de 4,2 cm. en segmento IV hepático. Se realizó ablación percutánea mediante inyección de 25 cc de alcohol sin incidencias durante el procedimiento. A las 12 horas el paciente comienza con dolor en hipocondrio derecho y febrícula por lo que se solicita TAC abdominal donde se objetiva un área hipodensa de 10 x 3,6 cm ocupando la práctica totalidad del lóbulo hepático izquierdo compatible con infarto hepático. El paciente fue tratado con analgesia y antibioterapia presentando una evolución clínica y radiológica favorable.

COMENTARIO: El infarto hepático es una rara complicación del tratamiento percutáneo del hepatocarcinoma (tanto de la ablación con alcohol como del tratamiento mediante radiofrecuencia). Se cree que es debido a una disminución del aporte vascular debido a la lesión de la arteria hepática y/o ramas de la vena porta. La clínica habitual es de dolor localizado en hipocondrio derecho y febrícula y para su diagnóstico definitivo es necesario la realización de un TAC abdominal. Su manejo, en ausencia de complicaciones mayores, debe ser conservador mediante analgesia y antibioterapia.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

BILIOPATÍA PORTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Berdeal Díaz, María; Quintela Fandiño, Julia; Seoane Vigo, Marta; Pérez Grobas, Jorge;
Bouzón Alejandro, Alberto; Carral Freire, María; Gómez Dovigo, Alba;
Atienza Herrero, Javier; Alvite Canosa, Marlen; Gómez Gutiérrez, Manuel;
Gómez Freijoso, Carlos
CHUAC. A Coruña

INTRODUCCIÓN: La biliopatía portal es una entidad poco frecuente. Es la obstrucción biliar, parcial o total, provocada por la presencia de varices del hilio hepático secundarias a hipertensión portal. Clínicamente se trata de un cuadro de ictericia obstructiva con colangitis de repetición.

La ecografía abdominal, E.R.C.P y colangio resonancia, son los métodos diagnósticos más empleados. El tratamiento se enfoca en el control de la ictericia y la hipertensión portal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 37 años, alérgico a la Penicilina y con antecedentes de Síndrome de Holt Oram, exanguinotransfusión neonatal, varios episodios de hemorragia digestiva alta en la infancia y Anemia de Fanconi.

En 2003, ingresa con hemorragia digestiva alta y pancitopenia asociada, se descarta Anemia de Fanconi y se confirma la existencia de cavernomatosis portal, esplenomegalia y varices esófago-gástricas grado IV. Se controla la hemorragia digestiva alta con tratamiento médico conservador y se propone colocación de TIPS como tratamiento de la hipertensión portal. En el ingreso, a la espera de dicho procedimiento, desarrolla un cuadro de colangitis. Analíticamente destaca bilirrubina de 15, fosfatasa alcalina de 980. El TAC y la CRM evidencian dilatación y compresión de la vía biliar causada por varices pericoledocianas. Se realiza colecistectomía, coledoco-yeyunostomía latero-laterally shunt espleno-renal. El postoperatorio fue favorable y continúa seguimiento en consultas, realizándose controles analíticos, arteriográficos y endoscópicos, que evidencian permeabilidad del shunt y remisión de las varices.

Tras mantenerse asintomático, ingresa en 2009 por nuevo episodio de colangitis. En la analítica bilirrubina total de 11, GPT 227, FA 1984. La ecografía muestra una dilatación de la vía biliar intrahepática y esplenomegalia. La CRM objetiva la permeabilidad del shunt espleno-renal y de la anastomosis bilio-entérica y microlitiasis en conducto hepático común. En la endoscopia digestiva alta no se evidencian varices esófago-gástricas. Se realiza un CTPH con limpieza de la vía biliar y extracción de microcálculos.

DISCUSIÓN: La trombosis portal se asocia a formación de varices periportales y pericoledocianas, que ocasionan una compresión extrínseca de la vía biliar y favorecen la formación de cálculos, obstrucción biliar y colangitis.

El tratamiento de la coledocolitiasis puede ser la E.R.C.P, la colecistectomía está indicada en caso de colecistitis. El control de la hipertensión portal es mediante técnicas derivativas, la más extendida en la actualidad es el shunt espleno-renal.

La recurrencia de la ictericia asociada a pancitopenia nos hace sospechar una obstrucción de shunt espleno-renal, sin embargo se ha demostrado la pancitopenia en el contexto clínico de una colangitis por estasis biliar.

¿PUEDE SER LA PANICULITIS MESENTÉRICA UN FACTOR PREDICTOR DE UN TUMOR INTRA-ABDOMINAL?

Ruíz-Tovar, Jaime (1); López Quindos, Patricia (2); Alonso, Natalia (3);
Díez Tabernilla, María (1); Calero, Purificación (1); Latorre, Raquel (1);
Sanjuanbenito, Alfonso (1); Martínez Molina, Enrique (1); Morales, Vicente (1)
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid (1); Hospital del Henares. Madrid (2);
Hospital de Huesca (3)*

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal de etiología desconocida. Se ha relacionado con diversas patologías, entre ellas neoplasias digestivas y uroteliales.

CASO CLÍNICO: Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal continuo, generalizado, sin irradiarse a tórax ni espalda, de 24 horas de evolución. A la exploración física presenta dolor abdominal generalizado, más acentuado en mesogastrio y epigastrio con contractura voluntaria de la musculatura abdominal. Analítica: Leucocitos 22100 Miles/mm³ con 84% de neutrófilos, siendo el resto normal. Una TC abdominal mostró aumento de densidad de la grasa de la raíz del mesenterio, sin líquido libre intra-abdominal ni signos de neumoperitoneo. Con el diagnóstico de Paniculitis mesentérica se ingresó al paciente con tratamiento antibiótico empírico (Imipenem 500mg/8h iv). Durante el ingreso el paciente mostró mejoría clínica y analítica, siendo dado de alta al 7º día del ingreso.

A los 2 meses comienza con hematuria macroscópica con coágulos. Una cistoscopia mostró excrecencias en la mucosa vesical, que se biopsian (Carcinoma urotelial infiltrante). El paciente fue sometido a una cistoprostatectomía radical con reconstrucción tipo Bricker. Se recuperó de la intervención satisfactoriamente y fue dado de alta al 10º día de la intervención.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COLITIS ISQUÉMICA

Cubiella Fernández, Joaquín (2); Núñez Calvo, Luisa (2); González Vázquez, Elvira (3);
García García, María Jesús (2); Alves Perez, María Teresa (1); Martínez Silva, Isabel (1);
Fernández Seara, Javier (2)
*Universidad de Santiago de Compostela (1); CHOU. Ourense (2);
Fundación Pública Hospital De Verín (3)*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colitis isquémica (C.I.) es una enfermedad inducida por la reducción del flujo sanguíneo colónico. Aunque se ha relacionado con diversas enfermedades cardiovasculares, no se han definido claramente los factores de riesgo asociados. El objetivo del presente estudio es determinar el papel de los factores de riesgo cardiovascular, las enfermedades cardiovasculares, la mediación habitual y otras patologías en el desarrollo de C.I.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio retrospectivo caso-control apareado. Los casos fueron los 169 pacientes diagnosticados de C.I. que requirieron ingreso en nuestro hospital entre 1998 y 2003. Se diagnosticó la C.I. en base a los hallazgos endoscópicos y una histología diagnóstica o compatible. Los controles se seleccionaron de forma aleatoria de una cohorte de pacientes que en el mismo período ingresaron en nuestro hospital y requirieron una colonoscopia, excluyéndose aquellos con un diagnóstico de colitis. Los casos se aparearon por edad y sexo con los controles con una ratio 2:1. Se realizó una regresión logística condicional. Las diferencias se consideran estadísticamente significativas si $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 507 pacientes (169 casos, 338 controles). La edad media fue 75.89 ± 9.93 años y el 56.2% fueron mujeres. Las principales indicaciones para la colonoscopia en el grupo control fueron hemorragia digestiva baja (34.9%), anemia (33.4%), dolor abdominal (20.7%) y diarrea (9.5%). Los hallazgos endoscópicos en dicho grupo fueron hemorroides (25%), enfermedad diverticular (30.2%), pólipos (19.2%) y cáncer colorrectal (10.1%). Las variables que se asociaron con la C.I. en el análisis univariante fueron hipertensión arterial ($p=0.045$), dislipemia ($p<0.001$), diabetes mellitus ($p=0.029$), arteriopatía periférica ($p=0.004$), insuficiencia cardíaca ($p=0.05$), episodios previos de C.I. ($p=0.014$), tratamiento con IECAS ($p=0.026$), y tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) ($p=0.001$). Finalmente, se asociaron de forma independiente con el desarrollo de CI las siguientes variables: diabetes mellitus (OR 1.73, IC 95% 1.001-3.011, $p:0.049$), dislipemia (OR 2.08, IC 95% 1.24-3.47, $p:0.005$), insuficiencia cardíaca (OR 2.97, IC 95% 1.25-7.09, $p:0.013$), arteriopatía periférica (OR 4.067, IC 95% 1.32-12.55, $p:0.015$), episodios previos de C.I. (OR 20.993, IC 95% 2.37-185.52, $p:0.006$), tratamiento con digoxina (OR 0.277, IC 95% 0.088-0.867, $p:0.027$) y tratamiento con AAS (OR 1.97, IC 95% 1.16-3.33, $p:0.011$).

CONCLUSIONES: Los pacientes que requieren ingreso por un episodio de C.I. tienen más factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares que una población comparable. El desarrollo de un episodio de C.I. se asoció de forma independiente con la diabetes, la dislipemia, la presencia de insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, antecedentes de CI y el tratamiento con digoxina y AAS. El papel de estas variables en la C.I. deberá ser evaluado en futuros estudios prospectivos.

NECROSIS DUODENAL COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

Carmona Campos, Amalia; Pardeiro Pértega, Remedios; López García, Sara;
Estévez Boullosa, Pamela; Vázquez Rey, Teresa; Crespo Suárez, Belén;
Couto Wörner, Ignacio; Vázquez Millán, María Angeles; Alonso Aguirre, Pedro A.
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de necrosis duodeno-yeyunal en contexto de síndrome compartimental abdominal diagnosticada endoscópicamente que tratada de modo conservador evolucionó a estenosis corta que precisó resección quirúrgica.

ENDOSCOPIA: En la EDA se observa en segunda porción duodenal e inicio de tercera una intensa afectación mucosa con ulceración importante y áreas de necrosis, que probablemente se extiende a segmentos más distales. Tras tratamiento quirúrgico conservador presenta HDA por lo que se solicita nueva EDA que muestra en 3ª porción duodenal sangrado activo con coágulos adheridos en una zona con mucosa engrosada (impresiona de cicatriz) que no se consideró subsidiaria de terapéutica endoscópica, un poco más distal se vió una úlcera de unos 4 cm que no sangraba. El cuadro hemorrágico se resolvió y un mes más tarde se realiza una Enteroscopia por intolerancia alimentaria que demostró a nivel de duodeno distal / yeyuno proximal estenosis con aspecto cicatricial e importante edema con restos de contraste baritado en región preestenótica (biopsia: infiltrado inflamatorio crónico).

COMENTARIOS: La necrosis de intestino delgado en el contexto de un síndrome compartimental abdominal es el estadio final de una serie de procesos que tienen como denominador común la hipoperfusión del lecho esplácnico secundaria a bajo gasto cardíaco y aumento de las resistencias vasculares periféricas. Ante este diagnóstico está indicada la realización de laparotomía descompresiva, con colocación de bolsa de Bogotá. En nuestro caso no se realizó resección del tramo de intestino delgado afecto endoscópicamente al presentar mínima afectación de la pared durante la exploración quirúrgica, con buena evolución posterior. Sin embargo, en el postoperatorio tardío el paciente inició cuadro de intolerancia alimentaria objetivándose estenosis de un segmento yeyunal de 10 cm que precisó resección quirúrgica.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

¿CUALES SON LOS MOTIVOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

Quintas Lorenzo, Paola; Dacal Rivas, Andrés; Francisco González, María;
Cubiella Fernández, Joaquín; García García, María Jesús; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La asistencia de pacientes en consultas externas de Digestivo derivados desde Atención Primaria (A.P.) consume un gran número de recursos. Establecer programas de continuidad asistencial y aumento de capacitación en A.P. basados en la implementación de guías de práctica clínica podría incrementar la efectividad del sistema sanitario. Sin embargo, es preciso conocer la demanda existente. El objetivo del presente estudio es conocer cuáles son los motivos de derivación a las consultas externas de Digestivo, así como los tiempos de demora en el Área Sanitaria de Ourense.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se analizaron las primeras consultas derivadas desde A.P. en dos periodos: Enero-Abril de 2007 y Enero-Abril de 2009. Se recogieron los datos demográficos (edad, sexo), el centro de salud desde donde fue remitido, la demora hasta la consulta y la agenda. Así mismo se analizaron los motivos de derivación a las consultas de Digestivo en una muestra seleccionada de forma aleatoria de ambos periodos. Estos datos se recogieron de la hoja de interconsulta y de la historia clínica. Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas. Se consideraron las diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS: En los periodos estudiados se derivaron a las consultas de digestivo a 1975 pacientes (56.6% mujeres, edad media 56.9 ± 16.9 años), 881 en el primer periodo y 1076 en el segundo periodo. El 39.4% de las derivaciones provenían de tres centros de salud que atendían al 40.4% de la población adulta. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de demora de los dos periodos (2007: 80.8 ± 64.3 días; 2009: 36.1 ± 29.1 días, $p < 0.001$). Los pacientes fueron valorados en la consulta general (2007: 90.4%, 2009: 77%), consultas específicas (2007: 9.6%, 2009: 4.1%) y consulta de alta resolución (2009: 18.9%). Se analizaron los motivos de derivación en 412 pacientes (201 en el 2007 y 211 en el 2009). Las causas de derivación más prevalentes pueden verse en la tabla adjunta.

Motivo derivación	2007	2009	Total	p
Dispepsia	58 (28.9%)	56 (26.5%)	114 (27.7%)	0.66
Reflujo gastroesofágico	24 (11.9%)	22 (10.4%)	46 (11.2%)	0.64
Dolor abdominal	35 (17.4%)	31 (14.7%)	66 (16%)	0.50
Alteración ritmo intestinal	32 (15.9%)	43 (20.4%)	75 (18.2%)	0.25
Alteración perfil hepático	17 (8.5%)	15 (7.1%)	32 (7.8%)	0.71
Rectorragia	35 (17.4%)	25 (11.8%)	60 (14.6%)	0.12
Alto riesgo CCR	28 (13.9%)	43 (20.2%)	71 (17.1%)	0.09
"Revisión"	16 (8%)	13 (6.2%)	29 (7%)	0.56

CONCLUSIONES: El tiempo de demora en la asistencia se ha reducido significativamente, probablemente en relación a la puesta en marcha de una consulta de alta resolución. La dispepsia, el dolor abdominal, la alteración del ritmo intestinal, la rectorragia y el alto riesgo de CCR son los motivos más frecuentes de derivación en nuestro medio.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

POLIPOSIS LINFOMATOSA MÚLTIPLE: ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE POLIPOSIS COLÓNICA

Quintas Lorenzo, Paola; Castro Novo, Inés; Dacal Rivas, Andrés;
Francisco González, María; Cubiella Fernández, Joaquín; Fernández Seara, Javier
CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La poliposis linfomatosa múltiple (PLM) es una forma inusual de linfoma no Hodgkin que se caracteriza por la aparición de múltiples pólipos a lo largo del tracto gastrointestinal. La mayor parte de PLM se han observado en casos de linfoma de células del manto (LCM) de tipo B. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado recientemente en nuestra unidad, así como la iconografía demostrativa.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente varón de 53 años sin hábitos tóxicos. Entre sus antecedentes personales destaca dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento farmacológico. Es remitido a consulta de Digestivo por tenesmo, rectorragia y alteración del hábito intestinal. En la exploración física destacaba una masa dura y friable al tacto rectal. Se decide realizar colonoscopia con el hallazgo de múltiples pólipos desde ciego hasta recto, la mayoría mayores de 10 mm y en canal anal gran formación mamelonada con mucosa granular que impresionaba de neoplasia de recto. Se toman biopsias de las lesiones de mayor tamaño. La anatomía patológica muestra infiltración por LNH de células B, sugestivo de linfoma de células del manto. En la TAC se objetiva múltiples adenopatías toraco-abdomino-pélvicas algunas de ellas formando conglomerados a nivel de tronco celíaco, mesentéricas, paraaórticas izquierdas e hilio pulmonar izquierdo. Con el diagnóstico de LNH es remitido a consultas de Hematología para continuar estudios y valoración de tratamiento. Se completa estudio realizando aspirado de médula ósea y citometría de flujo que sugerían infiltración de la misma por LNH. A continuación se inicia tratamiento quimioterápico recibiendo primer ciclo con R-CHOP más G-CSF, con respuesta parcial a los dos ciclos del tratamiento.

CONCLUSIÓN: La PLM es un diagnóstico endoscópico muy infrecuente, caracterizado por la presencia de múltiples pólipos de aspecto tumoral.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CAUSA EXCEPCIONAL DE SANGRADO GASTROINTESTINAL DE ORIGEN OSCURO

Estévez Bouillosa, Pamela; Souto Ruzo, Xosé; Blanco Rodríguez, Marta;
Couto Wörner, Ignacio; Gómez Gutiérrez, Manuel; Alonso Aguirre, Pedro
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: Se denomina “Hemosuccus pancreaticus” al sangrado observado a través de la papila de Vater vía conducto pancreático, representando una causa excepcional de hemorragia intermitente gastrointestinal de gran dificultad diagnóstica mediante técnicas endoscópicas. Presentamos un caso de hemosuccus pancreaticus en un paciente con múltiples episodios previos de hemorragia gastrointestinal.

MATERIAL, MÉTODOS Y RESULTADOS: Varón de 55 años, con antecedentes de pancreatitis crónica con formación de pseudoquistes pancreáticos y múltiples episodios de hemorragia digestiva alta y anemia durante 3 años, con estudios endoscópicos (gastroscopia, colonoscopia y cápsula) sin alteraciones. Ingresó por dolor abdominal y anemia observando en la endoscopia digestiva alta la presencia de sangre fresca en duodeno y apreciando la salida de sangre a través de la papila duodenal. La prueba de imagen (RM) revela la presencia de varias lesiones pancreáticas compatibles con pseudoquistes, adyacentes a estructuras vasculares, algunos con datos de sangrado. Mediante arteriografía se descartó sangrado activo. En situación de inestabilidad hemodinámica en relación con hematemesis y melena se realiza pancreatometomía distal con esplenectomía y sutura de aneurisma de arteria hepática.

CONCLUSIÓN: En pacientes con historia clínica de pancreatitis crónica o pseudoquiste que presentan síntomas consistentes en dolor abdominal, sangrado gastrointestinal y anemia, debería considerarse la posibilidad de hemosuccus pancreaticus. Su diagnóstico es difícil debido al carácter intermitente del sangrado. La erosión de las arterias peripancreáticas por el pseudoquiste y su sangrado favorecen la formación de pseudoaneurismas que pueden romperse hacia el conducto pancreático, siendo la localización más frecuente de los mismos en la arteria esplénica, hepática, gastroduodenal y pancreáticoduodenal. El tratamiento de elección es mediante radiología intervencionista, reservando la cirugía para aquellos casos en los que el estudio angiográfico no muestra alteraciones, la terapia intervencionista es ineficaz o existe indicación quirúrgica relacionada con la enfermedad pancreática.

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL, UNA ENFERMEDAD RARA DE CAUSA NO ACLARADA

Vázquez Rey, Teresa; Blanco Rodríguez, Marta; Pardeiro Pértega, Remedios;
Carmona Campos, Amalia; Estévez Boulosa, Pamela; Crespo Suarez, Belén;
Alonso Aguirre, Pedro A
CHUAC.A Coruña

INTRODUCCIÓN: La neumatosis quística intestinal es una enfermedad muy poco frecuente que se define como la presencia de quistes llenos de gas a nivel de la submucosa o la subserosa en cualquier localización del tracto digestivo aunque es más habitual a nivel del intestino delgado y el colon. La patogenia es desconocida existiendo varias teorías que podrían explicarla. Presentamos 2 casos en los que probablemente el mecanismo etiológico haya sido distinto.

Endoscopia:

Caso 1- Varón de 76 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, diagnosticado un mes antes de colitis isquémica izquierda entre 55 y 45 cm de margen anal. Acude ambulatoriamente a realizar colonoscopia de control apreciándose múltiples formaciones nodulares con mucosa conservada y con áreas de sufusión hemorrágica, que desaparecen tras punción localizados en la zona previamente isquémica; todo ello compatible con neumatosis quística.

Caso 2- Varón de 60 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y antecedentes de polipectomía endoscópica colónica a nivel rectal. Acude ambulatoriamente para realizar colonoscopia de control en la que se visualiza desde ángulo hepático hasta válvula ileocecal la presencia de múltiples nódulos de distintos tamaños con mucosa conservada sugestivos de neumatosis quística.

COMENTARIO: La neumatosis quística intestinal fue citada por primera vez en el siglo XVIII por Hunter, Jenner y Duvernoy. Desde entonces se han postulado múltiples hipótesis en cuanto a su probable etiología. Actualmente se acepta que en un 20% de los casos la causa es desconocida o primaria y en un 80% aparece acompañada de enfermedades sistémicas y/o diversos fármacos (secundaria).

No existe ningún síntoma ni signo patognomónico de la enfermedad lo que a veces hace complejo su diagnóstico. Suele ser asintomática y en caso contrario el espectro abarca desde dolor abdominal difuso, diarrea o estreñimiento, vómitos, flatulencia... a cuadros de abdomen agudo y neumoperitoneo.

La colonoscopia constituye la prueba complementaria con mayor certeza diagnóstica. El tratamiento debe ser individualizado y, en el caso de las neumatosis secundarias, centrado en resolver la enfermedad de base.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS APENDICULAR PERFORADA

Ruíz-Tovar, Jaime; León, Raquel; Hernández Bartolomé, Miguel; Delgado, Miguel Angel;
El Bouayadi, Liliam; Martín, Ana; Dotor, Ana; Limones, Manuel
Hospital de Getafe. Madrid

INTRODUCCIÓN: La diverticulitis apendicular es una entidad muy poco frecuente. Suele manifestarse como dolor en la fosa iliaca derecha, similar a una apendicitis aguda. Sin embargo, en ocasiones su presentación clínica es diferente, con ausencia de síntomas gastrointestinales y escaso dolor abdominal. Suele localizarse en fosa iliaca derecha, por lo que es esencial el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda, cuyo dolor es más agudo y menos prolongado. La ausencia de sospecha de esta patología condiciona un retraso en el diagnóstico, lo que acaba en una perforación apendicular. Ésta es 4 veces más frecuente en la diverticulitis apendicular que en la apendicitis aguda y multiplica por 30 la mortalidad.

CASO CLÍNICO: Mujer de 85 años, intervenida 40 años antes de colestectomía, acude a Urgencias por dolor abdominal tipo cólico, difuso, asociado a vómitos y ausencia de deposición de 3 días de evolución. El abdomen era duro, distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio sin peritonismo y ruidos hidroaéreos disminuidos. Análiticamente destacaban 16000 leucocitos/mm³ con neutrofilia y proteína C reactiva > 250. Una radiografía simple de abdomen mostraba dilatación de asas de intestino delgado. Ante el diagnóstico de sospecha de suboclusión intestinal secundaria a bridas, se instauró inicialmente tratamiento conservador con reposo intestinal, sueroterapia y sonda nasogástrica. La paciente no mostró mejoría clínica, con aumento del dolor abdominal, por lo que se realizó una laparotomía exploradora, objetivándose un plastrón inflamatorio en hipogastrio, incluyendo asas de intestino delgado, adyacentes a un apéndice cecal inflamado, sugestivo de apendicitis aguda con una perforación contenida. Se liberaron las asas intestinales incluidas en el plastrón y se realizó una apendicectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dada de alta al 6º día de la intervención. El estudio histológico mostró una diverticulitis apendicular perforada.

CÁNCER ANORRECTAL OCULTO: DEBUT COMO GANGRENA DE FOURNIER

Ruíz-Tovar, Jaime; Córdoba, Luis; Latorre, Raquel; Calero, Purificación;

Díez Tabernilla, María; Devesa, José Manuel

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante de la región perianal y genital. Diversos factores predisponen a la gangrena de Fournier, como son diabetes mellitus, alcoholismo, hepatopatía, trastornos hematológicos, obesidad o cirugía regional reciente. Los tumores anorectales también pueden causar gangrena de Fournier; la mayoría son tumores perforados o irreseccables, pero hay casos descritos de tumores anorectales diagnosticados tras la recuperación de la gangrena de Fournier, no siendo detectado el tumor cuando se diagnosticó la gangrena.

Presentamos 4 casos de tumores anorectales, debutando como una gangrena de Fournier, realizándose el diagnóstico de la neoplasia en un caso de forma intraoperatoria durante la exploración anal en el desbridamiento del tejido gangrenado, y en los otros 3 pacientes dentro del primer año después de la cirugía de la gangrena de Fournier. Destacar la importancia de la exploración mediante colonoscopia de todos los pacientes diagnosticados de gangrena de Fournier, ante la posibilidad de que ésta venga causada por una neoplasia subyacente.

DEBUT DE ADENOCARCINOMA DE COLON CON UNA METÁSTASIS CRANEAL: ¿ESTÁ INDICADA LA RESECCIÓN DEL TUMOR PRIMARIO NO COMPLICADO TRAS LA EXTIRPACIÓN COMPLETA DE LA METÁSTASIS?

Ruiz-Tovar, Jaime; Tartas, Aurea; Ramos, Jose Luis; Muros, Jose Manuel;
Manzanedo, Israel; Miramón, Javier; Limones, Manuel
Hospital de Getafe. Madrid

Las metástasis cerebrales del cáncer de colon ocurren en menos de un 10% de los pacientes y coexisten en la mayoría de los casos con metástasis hepáticas o pulmonares. La detección de la metástasis cerebral como el primer síntoma del cáncer colorrectal, como ocurre en nuestro paciente, es un fenómeno extremadamente raro, habiendo pocos casos descritos en la literatura. El tratamiento de los pacientes con metástasis cerebrales es controvertido debido a su mal pronóstico, presentando supervivencias menores que aquellos casos con metástasis en otras localizaciones.

CASO CLÍNICO: Varón de 55 años acude a Urgencias por cuadro de desviación de la cabeza y la mirada hacia la izquierda, con posterior pérdida de conciencia y movimientos tónico-clónicos generalizados. Una TC y una RM craneal mostraron una lesión focal en el lóbulo frontal derecho, sugestiva de meningioma. Se realizó una craneotomía frontal derecha con extirpación completa de la lesión. El estudio histológico reveló un implante metastático sobre duramadre de un adenocarcinoma pobremente diferenciado. En busca del tumor primario, se realizó una colonoscopia donde se objetivó una lesión ulcerada de aspecto neoplásico en colon ascendente, cuya biopsia evidenció un adenocarcinoma.

Se realizó una hemicolectomía derecha para resección del tumor primario. En el postoperatorio presentó un cuadro obstructivo que no se resolvía de forma conservadora, decidiéndose reintervenir al paciente a las 2 semanas. Se evidenció un gran plastrón inflamatorio alrededor de la anastomosis, que posiblemente condicionaría el cuadro obstructivo. Se rehizo nuevamente la anastomosis. El estudio histológico de la anastomosis reseca evidenció una dehiscencia.

Premios XXV Reunión SGPD

Se otorgarán premios a las mejores comunicaciones: Oral y Póster, con un Diploma y una dotación de 300 € cada uno.

Sede de la Reunión

La XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva tendrá lugar los días 11 y 12 de Diciembre de 2009, en el “Auditorio, 2ª planta del Centro Social Caixanova de Vigo”.

Entrega de Documentaciones

A partir de las 16,00 h del Viernes día 11 de Diciembre, se entregará la documentación a todos los Congressistas inscritos. También a lo largo de la tarde se podrán formalizar nuevas inscripciones, sin embargo éstas no tienen garantizada plaza para la “Cena Oficial” que tendrá lugar ese mismo día a partir de las 21,30 h.

Normas Generales de Presentación

Las comunicaciones orales y vídeos se presentarán únicamente en soporte informático: cd, dvd o pen-drive.

Tiempo de presentación: 7 minutos.

Presentación póster: las medidas máximas del panel para la ubicación del póster son 120 cm de alto por 90 cm de ancho.

Colocación posters: viernes 11, a partir de las 16,00 h.

Retirada posters: sábado 12, a partir de las 13,00 h.

Hotel Seleccionado

AC Palacio Universal,
C/ Cánovas del Castillo, 28 - 36202 Vigo

Vigo, 11 y 12 de Diciembre de 2009

XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador agradece a los siguientes organismos Oficiales y firmas comerciales su colaboración en la organización de la XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva.

Organismos:

Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

Centro Social Caixanova

POVISA HOSPITAL

Empresas colaboradoras:

Covidien

Ferring

Janssen Cilag

Abbott

Almirall

Faes Farma

Norgine

Schering Plough

Casen Fleet

Roche

Nycomed

Olympus

MyB Consultoría

Astellas Pharma

