

**XVI** REUNIÓN EXTRAORDINARIA  
**asturgalaica**  
de  
**patología digestiva**

**LIBRO DE PONENCIAS**



## COMITÉ CIENTÍFICO

**PRESIDENTE:**

Alberto Miyar de León

**VICEPRESIDENTE:**

Gustavo Pérez Álvarez

**SECRETARIO:**

Isabel Pérez Martínez

**TESORERO:**

Carmen García Bernardo

**VOCALES:**

Verónica Álvarez García

Carlos Álvarez Laso

Valle Cadahia Rodrigo

José María Duque Alcorta

José Carlos Fernández Fernández

María Eugenia Lauret Braña

Ana Llaneza Folgueras

María Rodríguez Peláez

Lorena Solar García

## **JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD ASTURIANA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA**

### **PRESIDENTE:**

Alberto Miyar de León

### **VICEPRESIDENTE:**

Gustavo Pérez Álvarez

### **SECRETARIO:**

Isabel Pérez Martínez

### **TESORERO:**

Carmen García Bernardo

### **VOCALES:**

Verónica Álvarez García

Carlos Álvarez Laso

Valle Cadahia Rodrigo

José María Duque Alcorta

José Carlos Fernández Fernández

María Eugenia Lauret Braña

Ana Llaneza Folgueras

María Rodríguez Peláez

Lorena Solar García

## **JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD GALLEGA PATOLOGÍA DIGESTIVA**

### **PRESIDENTE:**

Leopoldo López Rosés

### **VICEPRESIDENTES:**

Ernesto Toscano Novella

Ignacio Rodríguez Prada

### **SECRETARIO:**

Javier Fernández Castroagudín

### **VICESECRETARIO:**

Ramiro M. Macenlle García

### **TESORERA:**

Purificación Parada González

### **VOCALES:**

Emilio Estévez Prieto

José Couselo Villanueva

Eloy Sánchez Hernández

Ramón Vázquez Dourado

Juan Ramón Pineda Mariño

Luis Alberto García Vallejo

Francisco Javier González Rodríguez

Elena Castro Ortíz

Javier Vázquez Cancelo

Marta Salgado Vázquez

## PROGRAMA

### VIERNES, 23

---

**16:00 h. INAUGURACIÓN**

**16:15 h. COMUNICACIONES ORALES**

*Presidente:* Jose Ignacio.J. Barreiro (Avilés)

*Moderador:* Eloy Sánchez Hernández (Orense)

**16:15 h.:** RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL SIGNIFICATIVA EN INDIVIDUOS CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL

**16:25 h.:** UTILIDAD DEL SEGUIMIENTO ENDOSCOPICO EN LAS POLIPOSIS ATENUADAS

**16:35 h.:** PRECISION DIAGNOSTICA DE LA SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLOGICA (SOHI) PARA LA DETECCION DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) Y NEOPLASIA AVANZADA EN EL CRIBADO POR RIESGO FAMILIAR DE CCR.

**16:45 h.:** CIRUGIA ENDOSCOPICA ADAPTADA A LAS CARACTERISTICAS Y LA LOCALIZACIÓN DE LA LESION Y AL TAMAÑO DEL ESPECIMEN QUIRÚRGICO (CALE)

**16:55 h.:** RESECCION TRASANAL MEDIANTE EL USO DE PUERTO UNICO LAPAROSCOPICO DE TUMOR RECTAL TIPO GIST

**17:05 h.:** IMPLEMENTACIÓN SIMULTANEA DE DOS ABORDAJES MINIMAMENTE INVASIVOS COMPLEMENTARIOS EN EL CANCER DE RECTO

**17:15 h.:** MANEJO ENDOSCOPICO DE LA OBSTRUCCIÓN TUMORAL DE COLON CON PROTESIS METALICAS AUTOEXPANDIBLES

**17:25 h.:** TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

**17:30 h. POSTERS- CAFÉ**

*Moderadores:*

Dr. Pedro Carpinter Briones (Ferrol)

Dra. Carmen G Bernardo (Oviedo)

P-1: METASTASIS EN PENE POR CANCER COLORRECTAL

P-2: TUBERCULOSIS ESOFÁGICA

P-3: POLIPOSIS MULTIPLE LINFOMATOSA INTESTINAL. FORMA DE PRESENTACIÓN DEL LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO

P-4: INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GASTROENTERITIS EOSINOFILA

P-5: CARCINOMA HEPATOCELULAR GIGANTE

P-6: ¿POR QUE NO TRATAMOS LAS HCC?

P-7: CORIORRETINOPATIA SEROSA CENTRAL (CSC) ASOCIADA AL USO DE CORTICOIDES EN PATOLOGIA DIGESTIVA

**18:00 h. MESA REDONDA: ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES**

– *Concepto de operabilidad*

Dra C. Merayo (Oviedo)

– *Cuidados pre, intra y postoperatorios*

Fast-Track (No):

Dr. C.Álvarez-Laso (Gijón)

Fast-Track (Si):

Dr. E. Toscano Novella (Vigo).

– *Tratamiento endoscópico de las perforaciones, fistulas y dehiscencias.*

Dra C. García-Suarez (Lugo)

**18:45 h.** Descanso.

**19:00 h. SIMPOSIUM SATÉLITE**

**Boceprevir para pacientes con Hepatitis Crónica C: Ventajas y Retos**

*Moderador:* Dr. Ramón Pérez Álvarez

*Adjunto Sv de Digestivo del HU Central de Asturias*

**19:00 h. Ventajas utilización Boceprevir**

*Ponente:* Esther Molina Pérez

*Adjunto Sv Digestivo*

*Unidad de Hepatología del HCU Santiago de Copostela*

**19:15 h. Retos utilización Boceprevir**

*Ponente:* Javier Crespo García

*Jefe de Sv. de Digestivo del HU Marqués de Valdecilla.*

**19:30 h. Discusión**

**19:15 h. CONFERENCIA: NUEVAS TERAPÉUTICAS CONTRA EL VHC**

**20:00 h. ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA**

**22:00 h. CENA OFICIAL DEL CONGRESO. RESTAURANTE RÚA 15. Calle de la Rúa, 15**

## SÁBADO 24

---

### 9:00 h. COMUNICACIONES ORALES

*Presidente:*

Dr. Francisco Javier González Rodríguez (Pontevedra)

*Moderador:*

Dra. Cristina Saro (Gijón)

**9:00 h.:** EFICACIA Y SEGUIRIDAD DE LA ESFINTERORRAFIA ANTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA FISTULA PERIANAL COMPLEJA DE LOCALIZACIÓN ANTERIOR

**9:10 h.:** INDICACIONES Y NIVELES DE PRIORIDAD DE LA COLONOSCOPIA DEL SERVICIO GALEGO DE SAUDE: ANALISIS PRELIMAR

**9:20 h.:** VALORACIÓN DE INDICACIONES Y HALLAZGOS EN CAPSULA ENDOSCOPICA EN UN PERIODO DE 3 AÑOS

**9:30 h.:** RESULTADOS DE LA AMPLIACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO SECUENCIAL EN PANCREATITIS AGUDA BILIAR

**9:40 h.:** RESECCIÓN QUIRURGICA DEL HEPATOCARCINOMA: PACIENTES CIRROTICOS Y NO CIRROTICOS

**9:50 h.:** EL TIEMPO DE PROGRESIÓN DE AFP DURANTE EL TRATAMIENTO CON SORAFENIB PREDICE LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

**10:00 h.:** EPIDEMIOLOGIA DE LAS HEPATITIS AGUDAS EN EL AREA SANITARIA III DE ASTURIAS

**10:10 h.:** VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS CRONICA C

### 10:15 h. POSTERS- CAFÉ

Dra. Elena Castro Ortiz (Lugo)

Dra. Enedina Azcano (Gijón)

P-8: PERFORACIÓN DE RECTO POR PROTESIS ENDOSCOPICA ALOJADA INTEGRAMENTE EN EL MESORRECTO POR UNA OBSTRUCCION TUMORAL DE TECTO SUPERIOR

P-9: RESECCIÓN DE MANGUITO MUCOSO TRAS PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA LAPAROSCOPICA

P-10: UTILIDAD DE GORE BIO-A FISTULA PLUGÒ COMO OPCIÓN TERAPEUTICA EN LA FISTULA RECTOVAGINAL COMPLEJA

P-11: INTRODUCCIÓN DE LA TECNICA DE PULL-THROUGH EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES



P-12: CARACTERÍSTICAS DE LOS ADENOMAS DETECTADOS POR LA PRUEBA INMUNOLÓGICA DE SANGRE EN HECES (SOHi) EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

P-13: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PRUEBA INMUNOLÓGICA DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOHi) PARA EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN POBLACIONES DE RIESGO MEDIO Y ALTO

P-14: ¿CRITERIOS CLÍNICOS O ANALÍTICOS PARA LA PREDICCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES SINTOMÁTICOS? ESTUDIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

**10:45 h. MESA REDONDA: CONTROVERSIAS EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS**

*Presidente:*

Dr. Lino Vázquez Velasco (Oviedo)

*Moderador:*

Dr. Enrique Domínguez Muñoz (Santiago de Compostela)

*–Drenaje biliar preoperatorio*

A favor: Dr. Benito González Conde (Coruña).

En contra: Dra. M<sup>a</sup> Antonia Palacio Galán. (Oviedo)

*–Estadificación del Cáncer de Páncreas*

¿Que aporta la ecoendoscopia en la estadificación?

Dr. Julio Iglesias García (Santiago de Compostela).

¿Es suficiente el TC multicorte para planear la estrategia quirúrgica?

Dra. A. Mesa (Oviedo)

*–Cirugía resectiva loco-regional Agresiva*

A favor: Dra M<sup>a</sup> Purificación Froján Parga (Orense)

En contra: Dr. José González Martínez (Oviedo)

**12:45 h. CONFERENCIA: JUSTIFICACIÓN Y ESPECTATIVAS DE LA RADICALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA HPB**

Dr. J. Figueras (Gerona)

**13:15 h. DESPEDIDA**

**13:30 h. VINO ESPAÑOL**



# **COMUNICACIONES**



## RIESGO DE NEOPLASIA COLORRECTAL SIGNIFICATIVA EN INDIVIDUOS CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL

J. Cubiella<sup>1</sup>, E. Quintero<sup>2</sup>, M. Carrillo<sup>2</sup>, A. Lanás<sup>3</sup>, J. D. Morillas<sup>4</sup>, L. Bujanda<sup>5</sup>, I. Alonso-Abreu<sup>2</sup>, M. Hernández-Guerra<sup>2</sup>, A. Gimeno-García<sup>2</sup>, C. Rivera<sup>1</sup>, I. Castro<sup>1</sup>, C. Gargallo<sup>3</sup>, J. Montero<sup>3</sup>, A. Cosme<sup>5</sup>, C. Hernández<sup>6</sup>, A. Jiménez<sup>7</sup> y COLONPREV

<sup>1</sup>Servicios de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, <sup>2</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza, <sup>4</sup>Hospital Clínico de Madrid, Madrid, <sup>5</sup>Hospital de Donostia, San Sebastián, <sup>6</sup>Epidemiología, Parc de Salut Mar, Barcelona, <sup>7</sup>Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

### INTRODUCCIÓN:

La colonoscopia de cribado se recomienda a individuos con 1 familiar de primer grado (1-FPG) con cáncer colorrectal (CCR) <60 años o en individuos con  $\geq 2$  FPG con CCR. Sin embargo, la información sobre la tasa de detección (TD) de neoplasia colorrectal significativa (NCS) en esta población es limitada.

### OBJETIVOS:

Investigar el riesgo de NCS de acuerdo con el número de familiares afectados y la edad del caso índice.

### MÉTODOS:

Diseño: Estudio de cohortes, histórico y multicéntrico en el que se incluyen a 7328 individuos que realizaron una colonoscopia de cribado entre enero de 2006 y diciembre de 2011. Grupos de estudio: Sujetos de riesgo medio (controles, n=3879), sujetos con 1-FPG (n=3094) y sujetos con  $\geq 2$ -FPG (n=355). Criterios de exclusión: Incluyen historia personal de CCR, adenomas o EII, CCR hereditario, síntomas abdominales, colonoscopia previa o colectomía. El término NCS incluye adenomas avanzados ( $\geq 10$  mm, histología vellosa o displasia de alto grado), CCR o  $\geq 3$  adenomas. Las diferencias entre grupos de TD de NCS se analizaron mediante regresión logística ajustando por sexo, edad, centro y limpieza intestinal.

### RESULTADOS:

La edad media fue significativamente superior en los controles ( $59 \pm 5$  años) que en 1-FPG ( $53 \pm 9$  años) o  $\geq 2$ -FPG ( $57 \pm 10$  años), respectivamente ( $p < 0.001$ ). La TD de NCS fue significativamente superior en el grupo de  $\geq 2$ -FPG (20.1%) comparado con el grupo de 1-FPG (10.4%) (OR 1.88; IC 95% 1.32-2.67,  $p < 0.001$ ) y los controles (14.3%) (OR 1.98; IC 95% 1.39-2.81,  $p < 0.001$ ). Sin embargo, los sujetos con 1-FPG y los controles tuvieron un riesgo de NCS similar (OR 1.02; IC 95% 0.84-1.23,  $p = 0.81$ ). Tener un caso índice con CCR diagnosticado antes de los 60 años no incrementó el riesgo de NCS en el grupo de 1-FPG (OR 1.16; IC 95% 0.84-1.59,  $p = 0.37$ ). Una edad avanzada estaba independientemente asociado con el riesgo de NCS en los grupos control y 1-FPG pero no en los individuos con  $\geq 2$ -FPG con CCR. El sexo masculino estaba independientemente asociado con la NCS en todos los grupos.

### CONCLUSION:

Los individuos con  $\geq 2$ -FDR con CCR tienen un riesgo significativamente elevado de NCS comparado con aquellos sin esos antecedentes. Sin embargo, los individuos con un solo FPG con CCR tienen el mismo riesgo de NCS que la población de riesgo medio. Estos hallazgos sugieren que las estrategias de cribado deberían ser revisadas en el CCR familiar.

## UTILIDAD DEL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO EN LAS POLIPOSIS ATENUADAS

*Fátima Valentín<sup>1</sup>, María Rodríguez Soler<sup>2</sup>, Anna Serradesanferm<sup>3</sup>, Francisco Rodríguez-Moranta<sup>4</sup>, David Nicolas<sup>5</sup>, Pilar Pérez Rojo<sup>6</sup>, Luisa De Castro<sup>7</sup>, Ferran Fernández Bañares<sup>8</sup>, Alberto Herreros<sup>9</sup>, Fernando Martínez<sup>10</sup>, Virginia Piñol<sup>11</sup>, Rodrigo Jover<sup>2</sup>, Joaquín Cubiella<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, <sup>2</sup>Hospital Clinic, Barcelona, <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, <sup>4</sup>Hospital Universitari Bellvitge, Hospitalet, <sup>5</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, <sup>6</sup>Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, <sup>8</sup>Mutua de Terrasa, Tarrasa, <sup>9</sup>Puerta de Hierro, Madrid, <sup>10</sup>Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, <sup>11</sup>Hospital Josep Trueta, Girona.

### INTRODUCCIÓN:

El seguimiento endoscópico en las poliposis atenuadas pretende reducir la necesidad de resección quirúrgica, el riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) y su diagnóstico precoz. Sin embargo, la evidencia sobre su efecto real es limitada.

### OBJETIVOS:

Determinar el riesgo de desarrollar CCR o necesidad de intervención quirúrgica en una cohorte de pacientes con diagnóstico de poliposis atenuada (10-100 pólipos).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron en el análisis a pacientes en el estudio EPIPOLIP con un tiempo de seguimiento superior al año. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de CCR, cirugía durante el primer año o datos insuficientes. Se realizó un análisis descriptivo de los datos demográficos, antecedentes familiares, tipo de poliposis y alteraciones genéticas, número de colonoscopias y tiempo de seguimiento. Se determinó los pacientes en los que se detectó un CCR o requirieron cirugía. Se realizó un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y se determinó la relación de las variables independientes con el riesgo de CCR o intervención quirúrgica mediante el test de log-rank. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias con  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS:

De los 470 pacientes evaluados, 273 presentaban criterios de exclusión (9 no valorables, 124 CCR y 24 cirugía al diagnóstico y 121 seguimiento inferior a 1 año), incluyéndose en el estudio a 192 pacientes. Los pacientes tenían una edad media de 55,44 (rango 14-78) años al inicio del seguimiento, siendo el 68,2% varones. El 32,8% y el 17,7% tenían antecedentes familiares de primer grado de CCR y pólipos respectivamente. El motivo de realización de la primera colonoscopia fueron síntomas en 99 y cribado en 55 pacientes. Las poliposis fueron clasificadas como adenomatosas (60), mixta adenomatosa (35), mixta (46), mixta hiperplásica (30) e hiperplásica (14), detectándose una alteración genética patogénica en 14 pacientes. Con una mediana de seguimiento de 3,1 años (rango 1-38) y de 4 (2-16) colonoscopias por paciente se detectaron 10 CCR y 7 pacientes fueron intervenidos a los  $3.16 \pm 2.53$  años del inicio del seguimiento. Únicamente los síntomas como motivo de inicio del seguimiento se asoció a un mayor riesgo de CCR o necesidad de cirugía durante el seguimiento ( $p:0.029$ ).

### CONCLUSIONES:

El diagnóstico de CCR o necesidad de cirugía aparece predominantemente en el momento del diagnóstico. La probabilidad de detectarse un CCR o requerir cirugía en el seguimiento es baja y se asoció a la presencia de síntomas al diagnóstico.

## PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOLÓGICA (SOHi) PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) Y NEOPLASIA AVANZADA EN EL CRIBADO POR RIESGO FAMILIAR DE CCR

I. Castro<sup>1</sup>, J. Cubiella<sup>1</sup>, C. Rivera<sup>1</sup>, P. Vega<sup>1</sup>, S. Soto<sup>1</sup>, C. González-Mao<sup>2</sup>, V. Hernández<sup>3</sup>, F. Iglesias<sup>3</sup>, L. Bujanda<sup>4</sup>, M. I. Tesouro<sup>1</sup>, J. Fernandez-Seara<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicios de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario De Ourense, Ourense, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario De Vigo, Vigo, <sup>4</sup>Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Bionostia. Centro de Investigación Biomédica En Red De Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd). Universidad del País Vasco UPV/EHU, San Sebastian.

### INTRODUCCIÓN:

La precisión diagnóstica de la SOHi en el cribado por riesgo familiar de CCR no esta claramente definida.

### OBJETIVO:

Determinar la precisión de la SOHi para la detección de CCR y neoplasia avanzada (NA) en el cribado por riesgo familiar de CCR.

### MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, prospectivo, ciego de pruebas diagnósticas donde se incluyeron individuos con al menos un familiar de primer grado (FPG) con CCR remitidos para la realización de una colonoscopia de cribado. Los individuos recogieron dos muestras fecales la semana previa a la colonoscopia. La SOHi fue analizada mediante OC-sensor<sup>TM</sup> automatizado. En cada paciente se determino la concentración de hemoglobina fecal (ng/ml) en la primera muestral (SOHi1) y la máxima de las dos muestras (SOHi max). Se definió NA como la presencia de CCR o adenoma avanzado ( $\geq 10$ mm, componente vellosa o displasia de alto grado). Se comparó SOHi1 y SOHi max en individuos con/sin CCR y NA mediante la U de Mann-Whitney. Se determinaron las curvas ROC y el área debajo de la curva. Se calculó el mejor punto de corte de SOHi1 y SOHi max para la detección de CCR. Finalmente se determinaron la tasa de positivos (TP), la sensibilidad (Se), especificidad (Es), valor predictivo positivo y negativo (VPP, VPN), el número necesario a endoscopiar (NNE) y el coste por lesión detectada

### RESULTADOS:

Se incluyeron a 595 pacientes: 350 (58.8%) mujeres, edad media 54 (rango 30-80) años. Respecto al FPG, 413(69.4%) tenían 1 FPG $>60$  años y 182 (30.6%) 2 FPG ó 1FPG $<60$  años. Se detectó NA en 62 (10.4%) y CCR en 6 (1%) individuos. Los pacientes con NA tuvieron una SOHi1 y SOHi max superior que los pacientes sin NA (422.5 $\pm$ 814.1 vs 16.7 $\pm$ 123.8, p $<0.001$ ; 518.3 $\pm$ 921.5 vs 31.9 $\pm$ 178.2, p $<0.001$ , respectivamente). La SOHi1 y SOHi max fue más elevada en los pacientes con CCR (444.5 $\pm$ 472.3 vs 55.1 $\pm$ 307.8, p $<0.001$ ; 656 $\pm$ 983 vs 76.7 $\pm$ 357.1, p $<0.001$ ). El mejor punto de corte de SOHi1 y SOHi max para CCR fue 115ng/ml. No hubo diferencias estadísticas en el AUC para la detección de NA (SOHi1: 0.74, SOHi max: 0.739; p:0.86). La tabla muestra la TP, Se, Es, VPP, VPN, NNE y el coste por lesión detectada en el mejor punto de corte.

Lesión	SOHi	TP(%)	Se (%)	SE (%)	VPP (%)	VPN (%)	NNE	Coste por lesión detectada
CCR	SOHi1	34 (5.7%)	100%	95.2 %	17.6%	100%	5.6	1195,21€
	SOHi max	46 (7.7%)	100%	93.2 %	12.9%	100%	7.6	1822,39€
NA	SOHi1	34 (5.7%)	40.3 %	98.3 %	72.6%	93.7%	1.3	286,85€
	SOHi max	46 (7.7%)	45.2 %	96.6 %	59.8%	94.1%	1.6	390,51€

### CONCLUSION:

La SOHi tiene una elevada precisión para la detección de CCR en el cribado de CCR por riesgo familiar. Realizar dos tests no mejora la precisión pero puede incrementar la sensibilidad para la detección de NA a cambio de incrementar el coste y el NNE para detectar una lesión.

## CIRUGIA ENDOSCOPICA ADAPTADA A LAS CARACTERISTICAS Y LA LOCALIZACIÓN DE LA LESION Y AL TAMAÑO DEL ESPÉCIMEN QUIRÚRGICO (CALE)

*J.L. Rodríguez, A. Parra, P. Lora, A. Llana, J.L. Rodicio, J.J. González*

Servicio de Cirugía del Hospital de Cabueñes, Gijón, Servicio de Digestivo de la Universidad Pontificia de Chile, Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

En la actualidad ya no se cuestionan las ventajas del abordaje endoscópico en la cirugía colorrectal oncológica y en la mayor parte de los hospitales se considera ya como de elección. No obstante aún se puede avanzar más y limitar el daño parietal que supone la incisión de asistencia para la extracción del espécimen quirúrgico en la técnica laparoscópica más extendida.

**Objetivo:** Se presenta nuestra experiencia en la resección de lesiones precancerosas y segmentos colorectales con neoplasias precoces recurriendo a diferentes técnicas mínimamente invasivas en función de las características de la lesión, de su localización y del tamaño del espécimen quirúrgico obtenido.

**Pacientes y Método:** Se estudian 13 pacientes, 7 mujeres, de media de edad 68 años (rango:54-79). Ante la presencia de una lesión polipoidea plana, sésil o recidivada >2cm y <5cm no resecables endoscópicamente con asa de diatermia se plantea un abordaje que va desde la resección endoscópica submucosa con control laparoscópico a la resección intestinal oncológica con extracción transrectal. Se excluyeron aquellas lesiones polipoideas resecables con asa de diatermia, las lesiones >5cm, las de localización en colon derecho que precisaron resección intestinal oncológica, aquellas que pueden infiltrar órganos vecinos y las rectales abordables por vía transanal directa o con microcirugía endoscópica transanal (últimos 12cm del recto). Se analiza: Tipo de lesión, localización, tamaño, procedimiento realizado, análisis anatomopatológico, complicaciones y estancia hospitalaria. **Resultados:** En 8 casos se trataron pólipos sésiles (incluye una PAF), en 4 planos y en uno la base de un pólipo resecado Haggitt IV. Localizados en 8 casos en colon izquierdo, en 3 en colon derecho y en 2 en transversal. Con un tamaño medio de 33mm (rango 50-10mm). Se realizaron en 7 ocasiones resección laparoscópica y extracción transrectal, en 4 resección endoscópica submucosa con control laparoscópico y en 2 resección endoscópica con endoGIA y extracción por trocar. En el análisis anatomopatológico de 7 casos se obtuvieron adenocarcinoma T1N0, en tres casos displasia, en uno adenoma y en otro TONO. Dos pacientes con RESM tuvieron hemorragia digestiva, requiriendo en un caso hemicolectomía derecha. En un paciente se infectó la herida del trocar umbilical y otro tuvo un íleo postoperatorio. No hubo mortalidad. La mediana de estancia fue de 7 días (3-24).

**Conclusión:** Las lesiones precancerosas o cánceres colorrectales precoces de <5cm se pueden abordar prescindiendo de laparostomías de asistencia, bien con resecciones endoscópicas submucosas o con resecciones colorrectales laparoscópicas y extracción transrectal.



## RESECCION TRASANAL MEDIANTE EL USO DE PUERTO UNICO LAPAROSCOPICO DE TUMOR RECTAL TIPO GIST

*D. Arias, G. Calvo, L.J. García Florez, J. Otero, C. Menéndez Dizy, J.I. Jorge*  
Servicio de Cirugía del Hospital San Agustín, Avilés

### OBJETIVOS

La resección transanal mediante TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) fue descrita por primera vez en 1985 por Gerhard Buess. Esta técnica permite resecciones con mejores resultados que la cirugía transanal convencional. Sin embargo, su desarrollo ha sido lento y ha propiciado la aparición de nuevas alternativas como el uso de un puerto único de cirugía laparoscópica tipo GelPOINT Path (TAMIS: Transanal Minimally Invasive Surgery) o SILS Port. El TAMIS presenta como ventajas con respecto al TEM un coste y curva de aprendizaje menores, una mejor visualización de la lesión y una mejor maniobrabilidad dentro del canal anal. También se atribuye a su menor diámetro y flexibilidad una disminución del traumatismo anal, y por tanto una menor tasa de incontinencia, aunque esto es todavía muy controvertido.

Nuestro objetivo es describir el procedimiento de resección de un tumor de recto inferior tipo GIST mediante el uso de un puerto único laparoscópico (GelPOINT Path, Applied).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un paciente de 72 años sin antecedentes de interés que tiene una masa de consistencia elástica en la cara anterior del recto inferior. Se realiza una colonoscopia donde se objetiva una masa submucosa de 3cm de diámetro en la cara anterior del recto y a 4cm de margen anal con biopsia preoperatoria compatible con un tumor estromal tipo GIST. La realización de un TC toracoabdominal y una RMN confirman el diagnóstico sin presencia metástasis ni afectación del mesorrecto

### RESULTADO

Con anestesia general y en posición de navaja se introduce en el canal anal el GelPOINT Path y se procede a realizar un neumorrecto a 20 mmHg. Posteriormente se utiliza una cámara de 30° y 5 mm, pinzas de laparoscopia convencional y un bisturí armónico. Una vez identificada la lesión en la cara anterior se procede al mareaje con bisturí eléctrico del margen de resección y exéresis de todo el espesor de la pared del área de la tumoración en dirección cefálica. Tras la extracción de la pieza quirúrgica, se procede a la sutura del lecho de resección con Ethibond 2/0. La duración de la intervención fue de 120 minutos y la anatomía patológica postoperatoria compatible con un tumor estromal tipo GIST de bajo grado que no precisó tratamiento quimioterápico. El paciente fue alta hospitalaria a los 5 días presentado como única complicación inmediata una hematuria que precisó lavados por sonda vesical durante 3 días. En las revisiones postoperatorias el paciente está asintomático y solo refiere una leve incontinencia para gases durante la primera semana de postoperatorio.

### CONCLUSIONES

Según nuestra experiencia, elTAMIS representa una alternativa segura, más económica, con similares resultados y menores complicaciones que la resección transanal mediante TEM.

## IMPLEMENTACIÓN SIMULTANEA DE DOS ABORDAJES MINIMAMENTE INVASIVOS COMPLEMENTARIOS EN EL CÁNCER DE RECTO

*J.I. Rodríguez, A. Llana, J.L. Rodicio, P. Avilés, G. Gómez, J.J. González*

Servicio de Cirugía del Hospital de Cabueñes, Gijón. Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

En la cirugía del cáncer de recto el abordaje laparoscópico y el TEO/TEM en casos seleccionados han demostrado mejoras por separado a corto plazo. Se presentan los resultados de la introducción simultánea de ambos abordajes mínimamente invasivos (laparoscópico y TEM).

**Material y método:** De Enero-2009 a Diciembre-2011 se intervienen 210 casos de cáncer de recto, con abordaje convencional o transanal en 165 casos y asistencia laparoscópica (en dos casos con extracción transanal del espécimen) y/o TEO/TEM en 45 casos (21%). Sin diferencia entre ambos grupos en sexo, edad, ASA, localización o estadio preoperatorio. Se realizó neoadyuvancia con radioquimioterapia en 49% y radioterapia en 7%, siguiendo el protocolo consensuado en la Comunidad Autónoma. Se analizan resultados a corto plazo de efectividad y eficiencia. **Resultados:** Se realizó con abordaje convencional: 89 resecciones anteriores (RA), 40 amputaciones abdominoperineales (AAP), 23 Hartmann, 8 resecciones locales, 3 colostomías y 2 proctocolectomías; con asistencia laparoscópica: 22 RA (un caso de conversión), 8 AAP, y un Hartmann y con TEO/TEM 14, sin diferencias significativas más que en el número de Hartmann. No hubo diferencias significativas en: complicaciones quirúrgicas (29%/22%), médicas (38%/31%), infección de herida quirúrgica (16%/7%), infección de periné (10%/0%), dehiscencia de anastomosis/fístula (4% ambas), porcentaje de reintervenciones (10%/7%) o la mortalidad (3%/2%). La estancia inferior a 9 días fue de 20%/66%)  $p < 0.001$ .

### CONCLUSIONES:

La implementación simultánea de abordajes mínimamente invasivos en el cáncer de recto, por cirujanos con experiencia previa en cirugía endoscópica colorrectal, permiten mantener los estándares de calidad vigentes, con una menor morbilidad y estancia postoperatoria.

## MANEJO ENDOSCOPICO DE LA OBSTRUCCIÓN TUMORAL DE COLON CON PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES

*O. Castaño Fernández, L. Blanco García, M.E. Lauret Braña, L. Vaquero Ayala, A. Suarez Glez, J.M. Herrero Rivas, M.A. Palacio Galán, R. Fernández Vázquez, P. Zaballa Martín, L.R. Rodrigo Sanz*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### INTRODUCCIÓN:

La obstrucción colónica es una complicación de los procesos neoplásicos. Para solucionar este problema se han empleado prótesis metálicas con la característica de expandirse dentro de la lesión, lo que permite resolver el proceso obstructivo. La colocación de estas prótesis es un procedimiento que se utiliza cada vez con más frecuencia, ya sea como tratamiento paliativo definitivo o como puente a una cirugía electiva.

### OBJETIVOS:

Evaluar los resultados y complicaciones de la colocación endoscópica de las prótesis metálicas autoexpandibles en el tratamiento de los cuadros obstructivos secundarios a cáncer de colon.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde septiembre del 2011 hasta septiembre del 2012, se registraron en el Hospital Universitario Central de Asturias todos los casos con obstrucción tumoral del colon tratados mediante inserción endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles. Se analizaron la edad y sexo de los pacientes, localización del tumor, tiempo de demora para colocación de prótesis, tipo de sedación, utilización de control radiológico, longitud de las prótesis, resultados, complicaciones e intervención quirúrgica.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 29 pacientes (72.4% varones), con una edad media de  $75.11 \pm 9.3$  años (rango, 62-92 años). El tumor se localizaba en el colon izquierdo en el 82.7% de los casos (sigma 69%; descendente 10.3%; recto 3.4%) y en colon transversal en el 17.3%. La colonoscopia fue realizada en las primeras 24 horas en 19/29 pacientes (65.5%). En 21 procedimientos (72.4%) la sedación fue administrada por el endoscopista, y sólo en dos ocasiones fue realizada por anestesista. De las 29 intervenciones, 26 (89.7%) se realizaron bajo control radiológico. En 26/29 casos (89.7%) la colocación de la prótesis solucionó la obstrucción. La media de longitud de la prótesis empleada fue de 96,21 mm. Cuatro pacientes presentaron complicaciones (1 sangrado, 1 migración de prótesis, y 2 parada cardiorrespiratoria). La mortalidad global de la serie fue 2/29 (6.9%). La localización del tumor o el uso combinado de control radiológico, no se asociaron con diferencias en las tasas de éxito de inserción ni de complicación del procedimiento. Los mejores resultados clínicos se consiguieron cuando se utilizaron prótesis de longitud > 100mm (100% vs. 85%;  $p=0.02$ ), sin observar incremento del número de complicaciones. En 13/29 casos se realizó intervención quirúrgica posterior. La colocación efectiva de la prótesis permitió una mayor demora en la cirugía (25.7 vs. 1.5 días;  $p=0.001$ ).

### CONCLUSIÓN:

La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles largas bajo visión endoscópica, es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento inicial de la obstrucción tumoral del colon, y permite programar la intervención quirúrgica de forma electiva.

## TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

*V. Ramos, R.M. Fresnedo, P. Lora Complido, J.F. Carrión, S. Moral, R. Obregón*  
Servicio de Cirugía General. Hospital de Cabueñes, Gijón

### OBJETIVO

Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento antibiótico ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio sobre 53 pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (mediante TC y/o ecografía) que recibieron tratamiento antibiótico. Se determinaron unos criterios de selección para considerar al paciente apto para tratamiento ambulatorio y un protocolo antibiótico. Asimismo se entregó a cada paciente una hoja explicativa. Se registraron los episodios previos de diverticulitis aguda de cada paciente y el estadio (clasificación de Hinchey) del episodio en curso, los ingresos por fracaso del tratamiento ambulatorio, la necesidad de cambio de tratamiento antibiótico, el seguimiento en consulta y las cirugías realizadas sobre estos pacientes a consecuencia del proceso estudiado.

### RESULTADOS

De los 53 pacientes estudiados, 9 (17%) habían presentado un episodio previo de diverticulitis aguda, 4 (8%) dos episodios y 4 (8%) tres episodios. El diagnóstico se realizó por ecografía en 21 pacientes (40%) y por TAC en 30 (57%); en dos pacientes no quedó registrado en la historia clínica el método diagnóstico. De los pacientes con estudio de imagen, 45 fueron clasificados como Hinchey I (88%) y 6 como Hinchey II (12%). Se pautó tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico según el protocolo en 40 pacientes (76%) y con asociación de ciprofloxacino y metronidazol en 6 (11%); en 7 (13%) casos no consta el tratamiento pautado. Sólo un caso requirió cambio de tratamiento antibiótico.

Del total de pacientes estudiados, 3 (6%) precisaron ingreso, 2 de ellos por mal control domiciliario del dolor y 1 (Hinchey II) por fiebre (diagnosticándose por TC una colección intraabdominal).

De los pacientes tratados con éxito ambulatoriamente (50 pacientes, 94% del total) 46 (92%) acudieron a la consulta en un plazo medio de 72 horas, según establece nuestro protocolo; un paciente no acudió y en los tres casos restantes no se recuperó el dato de la historia clínica.

No se requirió cirugía urgente en ninguno de los pacientes de la serie, aunque sí se realizó cirugía electiva en 5 casos (9%), siendo en todos ellos la sigmoidectomía laparoscópica el procedimiento realizado.

### CONCLUSIONES

El tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda se perfila como una opción segura en pacientes seleccionados.

## EFICACIA Y SEGUIRIDAD DE LA ESFINTERORRAFIA ANTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA FISTULA PERIANAL COMPLEJA DE LOCALIZACIÓN ANTERIOR

C. Álvarez Laso, R. Fresnedo, P. Lora, R. Álvarez Obregón  
Servicio de Cirugía. Hospital de Cabueñes, Gijón

### OBJETIVO:

Analizar el tratamiento quirúrgico de las fistulas complejas y los factores que influyen en la recidiva.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos los datos de 51 pacientes intervenidos de fístula perianal compleja con un mínimo de 18 meses de seguimiento. Los criterios para considerar la fístula como compleja eran: Toda fístula recidivada, pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con más de un orificio externo o con orificio externo a más de 2cm de distancia de margen anal.

La edad media era de 48,6 años (m=49) y rango entre 14 y 79 años. 31 Pacientes eran varones (60,8 %) y 20 mujeres (39,2 %). La mayor parte eran de origen criptoglandular (32 88,2 %) y había 5 (9,8 %) traumáticas. 3 Pacientes tenían enfermedad de Crohn (5,9%) y uno colitis ulcerosa (2,0 %). Según la clasificación de Parks había 15 (29,4%) pacientes con fistulas interesfintéricas o transesfinterianas bajas 29 pacientes con fistulas transesfinterianas altas (56,9 %), 5 fistulas supraesfinterianas (9,8 %) y dos (4 %) extraesfinteriana. En 23 casos (45,1%) eran recidivadas y 29 pacientes (56,9 %) habían sido portadores de algún dispositivo de drenaje. Se clasificaron en fistulas anteriores 27 (52,9%) y posteriores 22 (43,1%), dos de ellas (3,9%) se clasificaron como mixtas según el recorrido del trayecto principal. A todas ellas se les practicó eco endoanal y a 12 (23,5 %) de ellas resonancia magnética 3 Pacientes (5,9 %) asociaban algún grado de incontinencia.

### RESULTADOS:

La técnica quirúrgica empleada fue: Puesta a plano en 14 pacientes (27,5 %), Fistulectomía y legrado 5 pacientes (9,8 %), fistulectomía y esfinterorrafia en 14 (27,5 %), fistulectomía y colgajo mucoso de avance en 15 (29,4 %), en tres pacientes (5,9%) se practicó exclusivamente drenaje. Recidivaron 8 pacientes (15,7 %) todas dentro del primer año de seguimiento y una paciente (2,%) presentó incontinencia a gases y heces líquidas.

Se analizaron factores epidemiológicos y clínicos como la presencia de abscesos previos, cavidades y trayectos accesorios, más de un orificio externo o la distancia del orificio externo al margen anal. Se analizó el tipo y localización de la fístula y la técnica quirúrgica empleada. Observamos que no tuvimos ninguna recidiva en el grupo al que se le practicó una fistulotomía y esfinterorrafia en cambio tuvimos 5 pacientes (30 %) que recidivaron a los que se les había practicado un colgajo mucoso de avance ( $p<0,002$ ). Elaboramos un algoritmo terapéutico en el que a todos los pacientes con fistulas anteriores les practicamos una fistulotomía y esfinterorrafia.

### CONCLUSIÓN:

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las recidivas se aprecian en el primer año de seguimiento consideramos que se trata de fracaso en el intento quirúrgico. Estamos convencidos que la esfinterorrafia anterior es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de las fistulas perianales complejas anteriores. Por la anatomía del esfínter no creemos que esté indicada en fistulas posteriores. Nos planteamos la necesidad de depurar la técnica del colgajo de avance que creemos indicada en fistulas posteriores y que en nuestras manos aún tiene un alto índice de recidivas.

## INDICACIONES Y NIVELES DE PRIORIDAD DE LA COLONOSCOPIA DEL SERVICIO GALEGO DE SAUDE: ANALISIS PRELIMAR

*P. Vega Villamil<sup>1</sup>, M. Salve Bouzo<sup>1,2</sup>, J. Cubiella Fernández<sup>1</sup>, P. Pascual Rubín<sup>1</sup>, M. Pato Rguez<sup>1</sup>, M. Martin Eleno<sup>1</sup>, J. Pereira Jorge<sup>1</sup>, R. Macenlle García<sup>1</sup>, S. Soto Iglesias<sup>1</sup>, E. Sánchez Hernández<sup>1</sup>, J. Fernández Seara<sup>1</sup>*  
 Servicio de Aparato Digestivo<sup>1</sup>. Fundación Casbaleiro-Goas<sup>2</sup>, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense

### INTRODUCCIÓN:

El Servicio Galego de Saude ha establecido indicaciones para la colonoscopia con niveles de prioridad (vía rápida-I, preferente-II, normal-III) con el fin de facilitar el acceso desde Atención Primaria (AP) y ajustar los tiempos de demora al riesgo de detectar cáncer colorrectal (CCR) o lesión colónica significativa (LCS).

### OBJETIVO:

Definir la adecuación a los criterios establecidos, los tiempos de demora y el rendimiento diagnóstico de los criterios establecidos en el Servicio Galego de Saude de forma global y en los diferentes niveles asistenciales.

### MÉTODOS:

Se analizaron de forma prospectiva todas las colonoscopías solicitadas y realizadas desde el 1 de julio hasta el 11 de octubre. Se recogió el nivel asistencial responsable (AP, Atención especializada-AE), el motivo de solicitud y la adecuación al nivel de prioridad con que se solicitó. Para analizar la demora se determinaron dos tiempos: desde la solicitud y desde la consulta inicial del paciente. Finalmente se analizó el rendimiento diagnóstico para CCR y LCS de los diferentes niveles de prioridad. Las variables cualitativas se compararon con el test de Chi-cuadrado y las cuantitativas mediante la prueba t de Student. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias con  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS:

En el periodo analizado, se han solicitado y realizado 231 colonoscopias (prioridad I 176, prioridad II 55), solicitadas el 20.8% desde AP y el 79.2% desde AE. La indicación de la colonoscopia fue adecuada al nivel de prioridad solicitada en el 75% de las colonoscopias con prioridad I (II 6.3%, III 18.7%) y en el 43.6% con prioridad II (I 29.1%, III 27.3%). No hubo diferencias en la adecuación a las indicaciones entre AP y AE (70.8%, 66.7%;  $p=0.73$ ). El tiempo desde la solicitud fue significativamente inferior para las colonoscopias solicitadas con prioridad I ( $8.4 \pm 5.49$  días,  $57.81 \pm 18.21$  días;  $p < 0.001$ ), y desde AE ( $18.1 \pm 20.67$  días,  $27.4 \pm 30.35$  días;  $p=0.01$ ). Por otra parte, el tiempo desde la consulta inicial fue significativamente superior en las colonoscopias solicitadas con prioridad II ( $74.22 \pm 34.21$  días,  $29.47 \pm 32.95$  días;  $p < 0.001$ ) y desde AE ( $44.93 \pm 39.87$  días,  $27.4 \pm 30.35$  días;  $p=0.006$ ). Se detectó un CCR en 38 (19%) y una LCS en 68 (34%) pacientes. En las colonoscopias solicitadas con prioridad I ó II no hubo diferencias en la detección de CCR (I 18.6%, II 21.2%;  $p=0.81$ ) ó LCS (I 32.9%, II 39.4%;  $p=0.55$ ). Tampoco hubo diferencias entre AP y AE en la tasa de detección de CCR (26.2%, 17.1%;  $p=0.19$ ) ó LCS (40.5%, 32.3%;  $p=0.36$ ). Finalmente, en base a la prioridad real, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las prioridades I, II y III en la prevalencia de CCR (I 20.7%, II 32.1%, III 2.7%;  $p=0.007$ ) ó LCS (I 38.5%, II 39.3%, III 7.4%;  $p=0.01$ ).

### CONCLUSIONES:

La adecuación a las indicaciones es subóptima. Los tiempos de demora desde la solicitud están en los márgenes definidos. Sin embargo, la derivación desde AP a AE incrementa la demora sin modificar la adecuación o los hallazgos endoscópicos. El rendimiento diagnóstico del nivel de prioridad preferente es superior al esperado.

## VALORACIÓN DE INDICACIONES Y HALLAZGOS EN CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN UN PERÍODO DE 3 AÑOS

*E. López Fernández, K. Mejía Méndez, R. García López*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñes, Gijón

### INTRODUCCIÓN

La cápsula endoscópica es un procedimiento diagnóstico utilizado para valorar patología digestiva, especialmente las hemorragias de origen oscuro ante la persistencia de anemia en pacientes con endoscopia digestiva alta e ileocolonoscopia negativa. Además, en los últimos años se ha visto su mayor utilidad en el diagnóstico de múltiples patologías digestivas, entre ellas el grado de extensión en la EN (Enfermedad de Crohn).

### OBJETIVOS

Determinar la frecuencia, indicaciones y hallazgos endoscópicos en un periodo de tres años desde mayo de 2007 hasta octubre de 2012 en Asturias, comparando si ha existido alguna diferencia entre un primer (2007-2008) y segundo (2011-2012) periodos

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo con una población de 505 pacientes, realizado en el Hospital de Cabueñes en un periodo de 3 años (que se divide en dos periodos de 1,5 años [2.007-2.009 y 2.011-2.012] separados entre sí 18 meses).

### RESULTADOS

La edad media de los pacientes con indicación de cápsula endoscópica es de 56 años (mediana de 59 años), siendo los hombres el 47 % (237) y las mujeres el 53% (268). El motivo de petición más frecuente, tanto en hombres (40%) como en mujeres (46%), es la anemia (44%), seguido de la HDOO (19%) (24% de las peticiones en hombres y 13% de las de mujeres), la sospecha de Enfermedad de Crohn (13%), el dolor abdominal (8%) y la diarrea (6%). Entre los hallazgos endoscópicos, la angiodisplasia es el más frecuente (28% del total), apareciendo en el 63% de las cápsulas solicitadas por anemia; y en el 25% de las peticiones por HDOO. Por otra parte, se confirma el diagnóstico de Enfermedad de Crohn en el 39% de los estudios solicitados por sospecha de la misma (aumentando en un 300% dicha confirmación en el segundo período de estudio respecto al primero). A un 27% de los pacientes con imágenes compatibles con Enfermedad de Crohn les es solicitada la prueba de cápsula endoscópica por anemia y/o HDOO; mientras que solamente un 12% de las cápsulas compatibles con Enfermedad de Crohn se solicitan para comprobar extensión de una Enfermedad de Crohn ya conocida.

### CONCLUSIONES

El número de exploraciones anuales en la Comunidad de Asturias se estima en 160 y permanece estable en el tiempo.

La indicación más frecuente, sin diferencia entre sexos, es la anemia, seguida de la hemorragia digestiva de origen oscuro y de la sospecha de Enfermedad de Crohn; siendo la angiodisplasia el principal hallazgo endoscópico en el caso de las dos primeras patologías.

No existen diferencias entre el primer y segundo períodos analizados en cuanto a hallazgos e indicación endoscópica salvo para la confirmación de sospecha diagnóstica Enfermedad de Crohn, que se ha incrementado notablemente en los últimos 18 meses.

## RESULTADOS DE LA AMPLIACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO SECUENCIAL EN PANCREATITIS AGUDA BILIAR

*L. Blanco García<sup>1</sup>, O. Castaño Fernández<sup>1</sup>, M.E. Lauret Braña<sup>1</sup>, M. Rodríguez Peláez<sup>1</sup>, J.M. Herrero Rivas<sup>1</sup>, A. Miyar de León<sup>2</sup>, A. Suarez González<sup>1</sup>, L.R. Rodrigo Sáez<sup>1</sup>*

Servicio de Digestivo<sup>1</sup>. Servicio de Cirugía<sup>2</sup>. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### INTRODUCCIÓN:

La prevalencia de la litiasis biliar en nuestro medio es de un 10-15% y aumenta con la edad, especialmente en la mujer, sobrepasando el 50% en individuos mayores de 70 años. La pancreatitis aguda es una complicación de la colelitiasis. La mortalidad de la pancreatitis aguda biliar varía en función de la gravedad, siendo superior al 40% en los casos severos con fallo multiorgánico. La colecistectomía laparoscópica es, por excelencia, el tratamiento definitivo de dicha patología.

### OBJETIVO:

El objetivo del estudio fue analizar los resultados de la colaboración entre los Servicios de Digestivo y Cirugía General en el manejo precoz combinado de la pancreatitis aguda biliar.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó un estudio descriptivo ambispectivo, comparando dos periodos de tiempo correspondientes a los trimestres previo (periodo-2011) y posterior (periodo-2012) a la aplicación de un protocolo para el manejo de la pancreatitis aguda, implantado en Febrero de 2012 y elaborado de manera conjunta por los servicios de Aparato Digestivo y Cirugía General. Se recogieron datos demográficos de los casos y se registraron los porcentajes de pacientes a los que se les realizó colecistectomía tras el episodio de pancreatitis aguda biliar, así como el momento de su realización.

### RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio un total 28 pacientes [67.4% mujeres; edad media: 65.7 años (rango, 33-97)], con pancreatitis aguda biliar leve sin colecistectomía previa. De ellos, 13 (46.4%) correspondían a pacientes ingresados durante el periodo-2011 (previo a la aplicación del protocolo) y 15 pacientes (53.6%) al periodo-2012 (tras la aplicación del protocolo). Se realizó colecistectomía laparoscópica en un total de 11 pacientes (39.3%), de los cuales 3 (23.1%) fueron diagnosticados e intervenidos en el periodo 2011 y 8 pacientes (53.3%) en el periodo-2012. A los tres pacientes en los que se realizó colecistectomía en el periodo-2011, ésta se llevó a cabo de forma diferida; en cambio, 5/8 pacientes (62.5%) incluidos en el periodo-2012 fueron intervenidos durante el ingreso, y en los tres restantes (37.5%) el procedimiento quirúrgico se llevó a cabo de forma diferida. La tasa de reingreso por complicaciones relacionadas con patología biliar fue de 3/13 pacientes (23.1%) en el periodo-2011 y de 1/15 (6.7%) de aquellos incluidos en el periodo-2012.

### CONCLUSIÓN:

El manejo quirúrgico precoz del paciente con pancreatitis aguda biliar es fundamental para el tratamiento de esta patología, dado que reduce el riesgo de recurrencia y disminuye el gasto hospitalario generado por reingreso derivado de complicaciones de la litiasis biliar.



## RESECCIÓN QUIRURGICA DEL HEPATOCARCINOMA: PACIENTES CIRROTICOS Y NO CIRROTICOS

*L. Solar, A. Miyar, I. González-Pinto, J.C. Fernández, C. Bernardo, L. Vázquez*  
Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### OBJETIVO

Analizar los factores clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos de los pacientes intervenidos por carcinoma hepatocelular (CHC). Comprobar la influencia de tales factores en la supervivencia según la presencia o ausencia de cirrosis como enfermedad hepática subyacente.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Febrero del 2002 y Octubre del 2010, 56 pacientes, fueron sometidos a cirugía resectiva por CHC. El 61% de los CHC se desarrollaron sobre hígados cirróticos. Se correlacionaron los datos clínico-epidemiológicos, diagnósticos y quirúrgicos con la morbimortalidad de estos pacientes. Se analizaron parámetros de recurrencia, así como la supervivencia global y libre de enfermedad al final del seguimiento en ambos grupos (cirróticos y no cirróticos)

### RESULTADOS

En el análisis de los factores epidemiológicos, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo y la edad entre ambos grupos. El 94,6% de la muestra era un estadio A de la Barcelona Clinic Liver Cancer staging system of CHC (BCLC). Del total de 56 pacientes, se realizaron resecciones anatómicas en el 75% de los mismos frente a un 25% de resecciones atípicas. Todas las resecciones atípicas, se realizaron en pacientes cirróticos, excepto en un caso ( $p=0,83$ ). Se empleó clampaje hilar intermitente en el 52,9% de los pacientes cirróticos (16 minutos  $\pm$  8,03) frente al 36,3% de los pacientes sin hepatopatía (24,1 minutos  $\pm$  13,9) sin observarse diferencias entre grupos. Un 69,6% no precisó transfusiones de hemoderivados durante la intervención, siendo esta más frecuente en pacientes no cirróticos ( $p=0,01$ ). No hubo diferencias respecto a la tasa de complicaciones postquirúrgicas ( $p=0,14$ ), ni en la tasa de reintervención. Respecto al análisis anatomopatológico sólo demostraron diferencias entre grupos según el tamaño de la lesión ( $p=0,02$ ) siendo mayor en pacientes no cirróticos (65,5 mm  $\pm$  39,7) y la presencia de satelitosis ( $p=0,03$ ), más habitual en pacientes cirróticos. La mediana de supervivencia libre de enfermedad de los pacientes cirróticos fue de 33 meses (DS 7,9; IC 95% 17,5-48,5), frente a una mediana de supervivencia libre de enfermedad de 64,7 meses (DS 10,5; IC 95% 44,1-85,4), en los pacientes no cirróticos. La mediana de supervivencia global de los pacientes cirróticos fue de 41 meses (DS 7,3; IC 95% 26,6-55,4) respecto a los pacientes sin hepatopatía (62 meses. DS 17,1; IC 95% 28,3-95,7). Ninguna variable mantuvo un efecto pronóstico independiente respecto a la supervivencia.

### CONCLUSIONES

La resección quirúrgica del hepatocarcinoma es una opción terapéutica eficaz con cifra de morbi-mortalidad asumible. En los pacientes cirróticos es preciso mantener unos criterios de selección apropiados y combinar esta estrategia quirúrgica con el trasplante hepático.

## EL TIEMPO DE PROGRESIÓN DE AFP DURANTE EL TRATAMIENTO CON SORAFENIB PREDICE LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

*O. Castaño Fernández<sup>1</sup>, L. Blanco García<sup>1</sup>, A. Mesa Álvarez<sup>2</sup>, P. Martínez Camblor<sup>1</sup>, V. Cadahia Rodrigo<sup>1</sup>, C. Álvarez Navascues<sup>1</sup>, L. González Dieguez<sup>1</sup>, L. Hernández Luyando<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, L. Rodrigo<sup>1</sup>, M. Varela<sup>1</sup>*

Servicio de Aparato Digestivo<sup>1</sup>. Servicio de Radiología<sup>2</sup>. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. OIB/Ficyt. Oviedo

### INTRODUCCIÓN:

Sorafenib (SOR) es el tratamiento de elección de los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado. Se ha sugerido que el tiempo a progresión radiológica evaluado mediante mRECIST puede ser un marcador subrogado de supervivencia, pero su evaluación es compleja y costosa. Por otro lado, es necesario identificar señales precoces de buena respuesta a sorafenib.

### OBJETIVO:

Identificar variables clínicas o analíticas que puedan predecir mayor supervivencia en pacientes con CHC tratados con sorafenib.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo de pacientes con CHC tratados con SOR en nuestro centro. Se recogieron variables clínicas y analíticas al diagnóstico y al inicio del tratamiento con SOR, así como efectos secundarios, eventos adversos graves, y modificaciones del fármaco a lo largo del tiempo. La toxicidad se graduó con la escala CTCAEv3.0. El tiempo a progresión de AFP se definió como periodo de tiempo desde el inicio de SOR hasta la elevación de AFP > 20 ng/mL desde e valor mínimo de AFP alcanzado durante el tratamiento o desde el valor basal pre-SOR.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 125 pacientes, 84% varones, 82% con cirrosis, 13% con hepatitis crónica y 5% con hígado sano. La etiología más frecuente fue alcohol (42%), VHC (27%), combinación de ambas (11%), y 4% infección crónica VHB. Un 28% se diagnosticaron en estadio inicial, y 71% en estadio intermedio o avanzado. El 37% recibieron quimioembolización transarterial hepática en primer lugar. Un 35% recibió SOR como primer tratamiento. Previamente al inicio de SOR presentaban las siguientes características: edad mediana 64 años, 33% tumores hepáticos difusos, 50% invasión vascular, 28% extensión metastásica. Función hepática pre-SOR: 79% CHILD A, 14% MELD 6, 74% MELD 7-12; 64% asintomáticos (ECOG PS 0), 1 paciente BCLC-A, 22% BCLC-B y 77% BCLC-C. Al final del seguimiento, 79 pacientes habían fallecido. La supervivencia mediana fue de 23 meses y 8 meses para aquellos en estadio BCLC-B y BCLC-C respectivamente. La tolerancia fue excelente en un 14%. Precizaron bajada temporal y suspensión temporal de SOR por efectos adversos un 65 y un 40% respectivamente. Un 33% mantuvo dosis plena de SOR (800 mg/d) como dosis de mantenimiento, mientras que un 10% 600 mg/d y un 32% 400 mg/d. El 53% presentó algún efecto adverso grave, que obligó a la suspensión temporal o definitiva de SOR. Quince presentaron eventos cardiovasculares, 12 afectación cutánea, 10 hemorragia digestiva, 9 pancreatitis isquémica, 8 descompensación de cirrosis, 6 infecciones. Ni la HTA de mal control ni los efectos cutáneos graves (CTCAE > 2) durante el primer trimestre de tratamiento con SOR fueron predictores independientes de supervivencia. En cambio, el tiempo a progresión de AFP superior a 3 meses fue un factor predictor independiente de supervivencia en el periodo posterior, ajustado por edad, sexo y estado general ECOG PS, 326 vs 193 días,  $p=0.029$ , HR 0.457 (IC 95% 0.227-0.921).

### CONCLUSIONES:

Los pacientes tratados con sorafenib en nuestro centro presentan una supervivencia similar a la publicada. Un 53% presentan efectos adversos graves, los más frecuentes de carácter isquémico. Aquellos con un tiempo a progresión de AFP mayor de 3 meses alcanzan una mayor supervivencia posterior.

## EPIDEMIOLOGIA DE LAS HEPATITIS AGUDAS EN EL AREA SANITARIA III DE ASTURIAS

*E. Armesto, J. Soto, V. Bango, J. de la Vega, L. López*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de San Agustín, Avilés

### OBJETIVOS:

Estimar la incidencia de hepatitis agudas (HA) en nuestro medio y estudiar sus características (etiología, gravedad, factores de riesgo asociados, ...).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo donde se revisaron todas las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de HA entre el 1 de Enero de 2009 y el 31 de Diciembre de 2011. Se excluyeron pacientes oncológicos o con diagnóstico de hepatitis isquémica, hepatitis alcohólica, obstrucción de la vía biliar o insuficiencia cardiaca congestiva. Se utilizó un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron múltiples variables: sexo, edad, ámbito, etiología, factores de riesgo asociados, pruebas de función hepática, clínica, gravedad; mortalidad. Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS-18.

### RESULTADOS:

Se reclutaron 61 pacientes, 25 mujeres y 36 hombres, con una edad media de  $48.7 \pm 19.7$  años. La etiología resultó vírica en 32 casos, tóxica en 14, autoinmune en 3 y desconocida en 12. Dentro de las HA virales 11 fueron causadas por VHA, 7 por VHB, 5 por VEB, 4 por VHC, 4 por VHE y 1 caso por coinfección VHB-VHD. El sexo masculino fue más frecuente en las HA virales (23 varones, 71.9%) que en el resto de las etiologías (tóxicas 42,9%; autoinmunes 33.3%; etiología desconocida 50%) lo cual resultó estadísticamente significativo ( $p=0.03$ ). 23/32 (71.8 %) individuos diagnosticados de HA viral presentaban algún factor de riesgo epidemiológico. El 80% de las HA manifestaron algún síntoma clínico y el 57% ictericia. Un total de 8 pacientes cumplían criterios de gravedad, de los cuales falleció uno. El valor medio de la ALT fue significativamente mayor en las HA virales ( $1944 \pm 1457$ ) que en las HA de etiología no viral (tóxicas  $818 \pm 492$ ; autoinmunes  $1178 \pm 587$ ; etiología desconocida  $1377 \pm 957$ ) ( $p=0,005$ ). El valor medio de GGT fue significativamente mayor en las HA de etiología tóxica ( $635 \pm 882$ ) que en las HA de otra etiología (virales  $270 \pm 142$ ; autoinmunes  $361 \pm 120$ ; etiología desconocida  $204 \pm 178$ ) ( $p=0.05$ ).

### CONCLUSIONES:

La incidencia media anual de HA en nuestro medio fue de 14,6 casos x 100.000 habitantes mayores de 14 años. La hepatitis viral fue la causa más frecuente de HA, siendo la mayoría por VHA. La hepatitis por VHE, no relacionada con viajes, está presente en casi 1/10 casos de HA, por lo que debe solicitarse siempre que los virus habituales sean negativos. La mayoría de pacientes infectados por VHB pertenecen a grupos de riesgo de transmisión parenteral o de transmisión sexual y la mayoría de los infectados por VHC son consumidores de drogas por vía parenteral. La mayoría de las hepatitis agudas son leves, pero las que tienen criterios de gravedad requieren vigilancia más estrecha porque algún caso puede evolucionar hacia mortalidad.

## VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C

*E. López Fernández, S. García Vallina, K. Méndez Mejía, D. Cuervo Blanco, R. García López*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Cabueñes, Gijón

### INTRODUCCIÓN:

La infección crónica VHC produce enfermedad hepática avanzada al menos en un 20% de los casos, generalmente tras largo tiempo de infección.

### OBJETIVO:

Conocer los mecanismos de infección, el tiempo de evolución y la repercusión clínica en una cohorte de pacientes con infección crónica VHC en un hospital de segundo nivel.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

150 pacientes vistos en Consultas Externas durante un periodo de 3 meses en los que se analizan: mecanismo de infección, tiempo estimado de infección, genotipo y carga viral y fibrosis mediante métodos indirectos (APRI y FORNS) y elastografía.

### RESULTADOS:

-Edad media de 50 años con rango de 22 a 81 años.

-70% hombres; 30% mujeres.

-El mecanismo de infección más frecuente en el conjunto de pacientes ha sido drogas vía parenteral, hasta en el 50% de los casos. Si diferenciamos por sexo: en los hombres, hasta el 60% ha sido por este mecanismo y en las mujeres, un 25%. En los varones, el ámbito hospitalario y las transfusiones suponen el 25% de los casos, mientras que en las mujeres llega a ser de hasta el 41% ("tabla 1")

-El genotipo predominante es el genotipo 1 en el 61% de los casos, siendo similares los casos por genotipos 1a(44%) y 1b (48%). Le sigue en frecuencia el genotipo 3 en un 25% de los casos. Los genotipos 2 y 4 son menos frecuentes, representando cada uno de ellos en torno a un 2% del total.

-En cuanto a la carga viral, el 77% presenta una carga mayor de Log<sub>5</sub>,7 y un 23% presentan una carga menor de Log<sub>5</sub>,7.

-El tiempo estimado de evolución de la enfermedad es de más de 20 años en el 43% de los pacientes, entre 10 y 20 años de evolución en el 30% y de menos de 10 años de evolución en solamente un 13%.

-La repercusión clínica se evaluó mediante la aplicación global de APRI y FORNS y mediante Fibroscan en el 60% de los pacientes. Se observa una concordancia en los pacientes con fibrosis leve (F0 y F1: \_\_%) de hasta el 100% de los casos para el APRI en relación al Fibroscan. En los casos de fibrosis avanzada (23%) hay una mayor discordancia entre ambos métodos.

### CONCLUSIONES:

El mecanismo de infección más prevalente en hombres son las drogas vía parenteral, mientras que en mujeres se reparte por igual entre este mecanismo y el postransfusional.

El 43% de los pacientes tienen un tiempo estimado de infección superior a los 20 años; de evolución.

Al menos un 23% de los pacientes presentan una fibrosis severa, lo que hace prever un gasto importante de recursos sanitarios en los próximos años.

# **POSTERS**



## METASTASIS EN PENE POR CANCER COLORRECTAL

*Fernando Macías E, Porrero Guerrero B, Castelo Álvarez E, Frunza M, Infante Rodríguez A, Pérez Lozana JR, Álvarez Pérez JA.*

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

### INTRODUCCIÓN

Los tumores metastásicos en el pene son raros, ya que hasta 2010 sólo se habían descrito 300 casos. Entre los factores que favorecen su aparición figuran su abundante vascularización y la proximidad con los órganos pélvicos. Presentamos un caso infrecuente de metástasis peneana en el seno de un estadio evolucionado de una neoplasia colorrectal.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 79 años que había sido intervenido 3 años antes por neoplasias sincrónicas de ángulo hepático del colon y de la unión rectosigmoidea. Se le había practicado una panproctocolectomía y el estudio anatomopatológico evidenció un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, multifocal, con invasión venosa, linfática y perineural. Se clasificó como un estadio III (pT3 N1) por lo que recibió quimioterapia adyuvante. A los 3 años, en un TC de control, se observaron lesiones pulmonares múltiples compatibles con metástasis. Paralelamente el paciente presentó una lesión en el pene; se realizó biopsia de la misma con el resultado de metástasis de adenocarcinoma de origen colónico. Se practicó penectomía parcial por parte del Servicio de Urología, confirmándose el origen metastático. Dos meses más tarde el paciente comenzó a referir dolor perineal constante. En TC abdomino-pélvico mostró implantes metastáticos en pelvis, con invasión prostética y múltiples adenopatías retroperitoneales. Se completa el estudio con RMN abdomino-pélvica que confirma los implantes pélvicos y objetiva recidiva tumoral peneana, con invasión uretral, prostética; de las vesículas seminales. Además se identificaron metástasis en tejido subcutáneo del surco interglúteo y del área perineal. Tras estos hallazgos, el paciente está pendiente de valoración de tratamiento quimiorradioterápico.

### DISCUSIÓN

Las metástasis en pene son poco frecuentes, y se asocian generalmente a estadios oncológicos avanzados. Los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en el pene son vejiga (33%), próstata (30%), colon (17%) y riñones (7%). La vía de diseminación es controvertida, considerándose las más importantes la vía venosa, la linfática, y por contigüidad. La clínica más frecuente es el priapismo maligno, junto con el dolor y la aparición de lesiones como nódulos o úlceras. Se considera que el método diagnóstico de elección es la biopsia y el tratamiento suele ser paliativo, dependiendo de factores como la edad, la sintomatología y la extensión de la enfermedad. Las opciones terapéuticas son diversas, radioterapia y/o quimioterapia, derivación urinaria y penectomía total o parcial; no obstante, el pronóstico es invariablemente malo, con supervivencias muy bajas.

## TUBERCULOSIS ESOFÁGICA

*Valentín Gómez F., Castro Novo I., Francisco González M., Remedios Espino D.R., Iglesias Varela M.J., Sánchez Hernández E., Fernández Seara J.*

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis esofágica como afectación primaria es una entidad rara y su presentación clínica puede simular un carcinoma esofágico.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años marroquí, inmunocompetente y residente en España desde hace 10 años. Presenta cuadro de epigastralgia, disfagia a sólidos y odinofagia de 3 semanas de evolución. La endoscopia digestiva alta (EDA) visualiza en tercio medio de esófago lesión proliferativa, ulcerosa y estenosante, sugestiva de neoplasia. Se completa estudio con TAC toracoabdominal y ecoendoscopia, en las que se observa dicha lesión y un conglomerado adenopático adyacente.

La biopsia inicial es compatible con esofagitis erosiva sin datos de malignidad. Se realiza nueva EDA para estudio histológico y microbiológico, evidenciándose granulomas necrotizantes y cultivo positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*. La paciente recibió tratamiento con fármacos antituberculosísticos durante 6 meses, con respuesta clínica y endoscópica.

### CONCLUSIONES

La finalidad del presente caso clínico es destacar la importancia de realizar un diagnóstico diferencial de tuberculosis ante una úlcera de esófago medio con adenopatías adyacentes. Su gran variabilidad clínica, radiológica y endoscópica dificulta su diagnóstico. La EDA con toma de biopsias es esencial para su diagnóstico, permitiendo el estudio histológico, microbiológico y PCR, de gran utilidad si persiste fuerte sospecha clínica y los resultados previos negativos.



## **POLIPOSIS MÚLTIPLE LINFOMATOSA INTESTINAL. FORMA DE PRESENTACIÓN DEL LINFOMA DE CELULAS DEL MANTO**

*P. Álvarez, I. Pérez, C. Ordieres, M. Pipa, P. Granero, I. Fdez-Vega, G. Pérez, A. Palacio, A. Suárez*  
Servicio de Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### **INTRODUCCIÓN**

La poliposis intestinal linfomatosa es una rara forma de presentación de linfoma no Hodgkin de células B que se origina en el manto del folículo. Tiene un comportamiento biológico agresivo y se expresa como múltiples lesiones polipoideas submucosas en colon e intestino delgado. Presentamos un caso de esta entidad poco frecuente.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 78 años que consulta por rectorragias de varias semanas de evolución. Exploración física: normal. Analítica: Hb 11.9 g/dl con importante reticulocitosis (145 x 10<sup>3</sup> ul). Colonoscopia: diverticulosis sigmoidea y numerosas lesiones polipoides (<10mm) de aspecto submucoso, con zona central hiperémica y sangrado al roce. La ileoscopia mostró lesiones de características similares pero de mayor tamaño (12-15mm). Se realizó biopsia de las mismas. TC toracoabdominal: no evidenció adenopatías ni otras alteraciones. Estudio anatomopatológico: proliferación linfoide atípica a nivel submucoso, con CD 20, CD 5 y Ciclina-D1 positivos y Ki-67 con alto índice de proliferación, todo ello compatible con linfoma de células del manto (LCM).

### **DISCUSIÓN**

El LCM es un subtipo de linfoma no Hodgkin de células B poco frecuente (6%), su incidencia es mayor en varones de edad avanzada y con frecuencia se diagnostica en estadios evolucionados. La afectación extranodal ocurre en el 90% de los casos, siendo la poliposis múltiple intestinal una presentación muy infrecuente. Se caracteriza por la traslocación t(11, 14)(q13, q32) y anatomopatologicamente por la positividad de la Ciclina-D1. Su pronóstico es malo y aunque no existe consenso en su tratamiento, existen terapias combinadas (quimioterapia, inmunoterapia e inhibidores del proteosoma) que han logrado prolongar la supervivencia libre de enfermedad más de 6 años desde el diagnóstico.

### **CONCLUSIONES**

Aunque la presentación del LCM como poliposis múltiple intestinal es poco frecuente, es necesario conocer esta entidad y establecer un correcto diagnóstico diferencial, ya que un tratamiento temprano mejora el pronóstico.

## INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GASTROENTERITIS EOSINOFILA

*Fernando Macías E, Porrero Guerrero B, Gonzalo González R, Rodríguez Uría R, Cedeño Caballero N, Rizzo Ramos A, Álvarez Pérez JA*

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por infiltración recurrente de la pared intestinal por eosinófilos maduros, siendo los lugares afectados con más frecuencia estómago e intestino delgado. La etiología no está aclarada y raramente debuta como una urgencia quirúrgica. Se presenta un caso inusual de invaginación intestinal secundaria a gastroenteritis eosinofílica.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años que acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos, y ausencia de tránsito intestinal. Entre los antecedentes destacaba histerectomía por miomas uterinos apendicectomía y mastectomía por cáncer de mama, con tratamiento hormonal posterior, que finalizó 3 meses antes del actual cuadro clínico. La paciente refería molestias abdominales intermitentes desde la histerectomía. Exploración física: distensión abdominal con dolor generalizado y peritonismo. Analítica: leucocitosis leve \ neutrofilia. Rx. de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. TC abdominal: Obstrucción de intestino delgado con dilatación y edema de asas, sin objetivar claramente la causa, aunque la sospecha fue de oclusión por bridas. Intervención quirúrgica: invaginación yeyunal con intestino inviable, a 170 cm del ángulo de Treitz, que produce una obstrucción completa. Se practica resección de aproximadamente 15 cm de intestino delgado. Anatomía patológica: acumulo transmural de eosinófilos, compatible con enteritis eosinofílica. La evolución postoperatoria fue favorable. A los dos meses, la paciente reingresa por nuevo cuadro de dolor abdominal, vómitos y ausencia de tránsito, que fue interpretado como cuadro suboclusivo y que se resolvió de forma conservadora.

### DISCUSIÓN

La gastroenteritis eosinofílica es una entidad rara de causa desconocida. La hipótesis etiológica más aceptada, aunque no confirmada, es que se trata de una reacción de hipersensibilidad inmediata frente a alérgenos alimentarios. Se estima que esta enfermedad la padecen 1-20 individuos por cada 100. 000 habitantes. La clínica varía según la zona afectada y la capa de pared intestinal infiltrada. La más frecuente es cuando hay afectación de la mucosa-submucosa, en cuyo caso existirá náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y síndrome de mala absorción. La afectación transmural puede ocasionar síndrome obstructivo, siendo más frecuente a nivel yeyunal. La presentación como un abdomen agudo quirúrgico es excepcional. El diagnóstico se confirma por examen histológico. En cuanto al tratamiento, muchos pacientes presentan remisión espontánea de los síntomas, mientras que otros requieren tratamiento empírico con corticoides. En caso de ausencia de respuesta, se puede considerar el tratamiento con inmunosupresores. La necesidad de cirugía es infrecuente.

**CARCINOMA HEPATOCELULAR GIGANTE**

*P. Álvarez, G. Pérez, M. Pipa, C. urdieres, P. Granero, I. Fdez-Vega, I. Pérez, M. Várela*  
Servicio de Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

**CASO CLÍNICO:**

Varón de 59 años que ingresó por masa abdominal a estudio. Antecedentes: bebedor de >60gr etanol/día. Exploración física: caquexia y gran masa abdominal pétreo e indolora que ocupaba hipocondrio derecho y epigastrio con importante circulación colateral. Analítica: FA 189 U/L, AST 59 U/L, ALT 16 U/L, GGT 83 U/L, BRB total 1.96 mg/dL y alfafetoproteína 87.6 ng/ml. Serología VHB y VHC negativa. TC abdominal: masa de 20 x 17 cm de diámetro en lóbulo hepático izquierdo con abundantes vasos tortuosos, infiltración de la vena cava inferior y trombosis de la vena mesentérica superior. La PAAF estableció el diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) moderadamente diferenciado sobre hígado cirrótico. El paciente presentaba un gran deterioro general (ECOG PS 3) por lo que se indicó solamente tratamiento sintomático. El paciente falleció dos meses después del diagnóstico.

**DISCUSIÓN:**

Más del 80% de CHC asientan en pacientes cirróticos, por lo que la realización de ecografías periódicas semestrales favorecería el diagnóstico precoz, en estadio asintomático, momento en el que es posible la aplicación de tratamientos con intención curativa, alcanzando una supervivencia superior al 80% a los 5 años. En España todavía más del 40% de los CHC se detectan de forma casual o por síntomas asociados a la enfermedad.

**CONCLUSIÓN:**

Dada la alta incidencia de CHC en pacientes cirróticos y el alto porcentaje de casos diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad, se destaca la necesidad de incluir a estos pacientes en riesgo en programas de cribado diagnóstico.

## ¿POR QUE NO TRATAMOS LAS HCC?

*López Fernández, E.; García Vallina, S.; Méndez Mejía, K.; Cuervo Blanco, D.; García López, R.*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de San Agustín, Avilés

### **INTRODUCCIÓN:**

La infección por el VHC es potencialmente curable, aunque los efectos secundarios y las tasas de curación han establecido una aplicación restrictiva y variable del tratamiento en los centros sanitarios.

### **OBJETIVOS:**

Conocer las causas de no tratamiento en pacientes con HCC en la práctica clínica real en el momento actual en nuestro medio.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

150 pacientes vistos en Consultas Externas durante un periodo de 3 meses en un hospital de segundo nivel analizando la indicación o contraindicación del tratamiento y las causas de estas situaciones.

### **RESULTADOS:**

- En un 68% de los casos está indicado el tratamiento; en el 32% restante, no.
- Las causas de no tratamiento se resumen en la "tabla 1", siendo las más frecuentes la edad avanzada (22% de los casos) y la enfermedad mental (22% de los casos).
- De los pacientes con indicación de tratamiento, el 57% no se tratan ("tabla 2"), la mayoría por enfermedad leve y por negativa del paciente (31%), siendo debido a los protocolos restrictivos el 26% de la falta de tratamiento.

### **CONCLUSIONES:**

- La indicación de tratamiento se establece en un 68% de los pacientes con hepatitis crónica C.
- La instauración del tratamiento se realiza en el 43% de los casos. -La enfermedad leve y las restricciones de políticas sanitarias son las causas más frecuentes para no iniciar tratamiento.

## **CORIORRETINOPATIA SEROSA CENTRAL (CSC) ASOCIADA AL USO DE CORTICOIDES EN PATOLOGIA DIGESTIVA**

*V. Bango, J. Soto, E. Armesto, J. Barbón, J. De la Vega, L. López Rivas*  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de San Agustín, Avilés

### **INTRODUCCIÓN**

La coriorretinopatía serosa central (CSC) es una enfermedad ocular en la que existe un desprendimiento seroso de las capas internas de la retina. El mecanismo patogénico, de causa desconocida, se basa en el escape anormal de líquido desde la coroides al espacio subretiniano y es clara su relación con el uso de corticoides. A continuación presentamos 2 casos que fueron diagnosticados de CSC en nuestro Hospital.

### **CASOS CLÍNICOS**

Caso N° 1: Mujer de 31 años, diagnosticada de colitis ulcerosa corticodependiente en tratamiento con prednisona oral, que presentó de forma brusca, pérdida de visión en su ojo derecho. Fue diagnosticada de CSC por el Servicio de Oftalmología, con resolución completa de la misma al suspender definitivamente los corticoides.

Caso N° 2: Varón de 63 años, con cirrosis hepática autoinmune que tras iniciar tratamiento con budesonida oral, presentó déficit visual en su ojo derecho debido a CSC. Se resolvió tras sustitución de corticoides por azatioprina.

### **DISCUSIÓN**

El síntoma principal de la CSC es una disminución más o menos acusada de la agudeza visual asociada a escotoma central. El diagnóstico se basa en pruebas oftalmológicas específicas, sobre todo, la angiografía con fluoresceína y la tomografía de coherencia óptica (OCT). En los pacientes sin un claro desencadenante, el desprendimiento se resuelve en un 90% de los casos de forma espontánea en unas 6 semanas, pero en caso de asociarse al uso de corticoides, es obligada su retirada.

### **CONCLUSIÓN**

La coriorretinopatía serosa central es una enfermedad de fácil diagnóstico y buen pronóstico. Existe suficiente evidencia científica para afirmar que los corticoides contribuyen a su desarrollo. Puesto que muchos de nuestros pacientes en un momento dado precisan de terapia esteroidea, debemos sospechar esta entidad si en el seno de dicho tratamiento, el paciente refiere una disminución de su agudeza visual.

## PERFORACIÓN DE RECTO POR PROTESIS ENDOSCOPICA ALOJADA INTEGRAMENTE EN EL MESORRECTO POR UNA OBSTRUCCION TUMORAL DE RECTO SUPERIOR

*R. Darío Arias, F. Díaz-Faes, A. Medina, L. García Florez, C. Menéndez, J. I. Jorge*  
Servicio de Cirugía General. Hospital de San Agustín, Avilés

### OBJETIVO

En 1991 Dohmoto publicó el primer caso de colocación de una prótesis endoscópica para descompresión paliativa en una obstrucción colorrectal de origen neoplásico. Desde entonces se ha generalizado su uso, siendo actualmente una práctica habitual que evita una cirugía de urgencia en más del 90% de los pacientes. Las tasas de éxito técnico son del 92-94% mientras que las de éxito clínico son del 88-91%, con una mortalidad del 0,6% al 1%. Las dificultades técnicas más frecuentes se observan en lesiones de localización proximal o en flexuras y en obstrucciones agudas. La tasa de complicaciones de este procedimiento puede alcanzar un 30%, siendo las complicaciones tempranas más frecuentes la perforación y la migración protésica. La perforación oscila entre un 0% al 16% y se suele producir por una perforación con el paso de la guía a través de la estenosis y a la fuerza radial en la expansión de la prótesis. Los factores que aumentan el riesgo pueden ser tratamientos quimioterápicos, uso de esteroides y la radioterapia. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico donde se produce una perforación con alojamiento de completo en el mesorrecto, y por tanto extraperitoneal, de una prótesis colocada endoscópicamente por un cáncer de recto con obstrucción completa.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una mujer de 63 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro brusco de obstrucción intestinal completa por una tumoración en el tercio superior del recto. Se realiza una colonoscopia de urgencia en la que se visualiza una masa a unos 12 cm de margen anal, que estenosa la luz impidiendo el paso proximal del endoscopio. Se coloca una endoprótesis metálica autoexpandible no recubierta (NCS-22-080-230, Diamed Healthcare Ltd) bajo control radiológico y sin aparente complicación inmediata.

### RESULTADOS

Ante la persistencia del cuadro obstructivo 24 horas después, se decide intervención quirúrgica urgente donde se objetiva una perforación rectal extraperitoneal con la prótesis alojada íntegramente en el mesorrecto, con un eje mayor paralelo a la masa tumoral del recto superior. Se practica una resección anterior baja. El curso postoperatorio transcurre sin incidencias.

### CONCLUSIONES

En nuestro caso consideramos que la obstrucción completa a nivel de la tumoración junto con una acusada angulación de la unión recto-sigmoidea pudo provocar el paso de la guía metálica con relativa facilidad hacia el mesorrecto y la posterior colocación de la prótesis a nivel extraperitoneal. La mayoría de estas perforaciones requieren intervención quirúrgica de urgencia aunque están descritos tratamientos conservadores con éxito en casos seleccionados. No hemos encontrado casos similares en la literatura en los que la perforación ocurra, como en este caso, con el alojamiento completo de la prótesis a nivel extraperitoneal.

## RESECCIÓN DE MANGUITO MUCOSO TRAS PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA LAPAROSCÓPICA

*J. Carrión Maldonado, I Rodríguez*

Servicio de Cirugía General. Hospital de Cabueñes, Gijón

### CASO CLÍNICO:

Mujer de 30 años diagnosticada 11 años antes de colitis ulcerosa con proctocolectomía total, reservorio ileal de 20cm y anastomosis reservorio-rectal mecánica hace 2 años.

Posteriormente, meses después del cierre de la ileostomia lateral presenta cuadro de rectorragia y tenesmo rectal, con endoscopia y biopsia que indican "cuffitis".

Con mala respuesta al tratamiento médico.

Se indicó mucosectomía, anastomosis manual del reservorio al margen anal e ileostomia lateral laparoscópica monopuerto .

Sin complicaciones inmediatas, presentó 2 meses después absceso perianal y fístula transesfinteriana. Ahora con setón.

## UTILIDAD DE GORE BIO-A FISTULA PLUGÒ COMO OPCIÓN TERAPEUTICA EN LA FISTULA RECTOVAGINAL COMPLEJA

*Castelo Álvarez E, González Tamargo A, Fernando Macías E, Porrero Guerrero B, Fernandez Martínez D*  
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

### INTRODUCCIÓN:

La fístulas rectovaginales suponen una gran merma de la calidad de vida de las pacientes, condicionando una alteración de su rutina diaria debido a lo incómodo de sus síntomas. Para los cirujanos constituyen un reto, dado el alto índice de fallo de las diferentes técnicas quirúrgicas y la gran tasa de recidivas en esta patología. Presentamos el caso de una paciente con fístula rectovaginal postoperatoria recidivada en la que utilizamos un plug para la reparación de la fístula.

### PACIENTE Y MÉTODOS:

Se trata de una mujer de 34 años con antecedente de síndrome de ovario poliquístico y endometriosis rectovaginal estadio Adamyán III con afectación vesical, a tratamiento con anticonceptivos orales. Cómo antecedente quirúrgico destaca el haber sido intervenida tres años antes en otro centro donde se realizó resección anterior rectal laparoscópica y de la parte alta del tabique rectovaginal. Se exteriorizó la pieza quirúrgica a través de la vagina y se practicó anastomosis T-T mecánica transanal. La paciente fue reintervenida 5 días después por dehiscencia anastomótica, realizándose colostomía de descarga. En estudios previos a la reconstrucción del tránsito se objetivó fístula rectovaginal por lo que es remitida a nuestro servicio. Al año de la primera operación fue intervenida realizándose resección de la anastomosis incluyendo la fístula y reanastomosis colorectal mecánica. Al año de la segunda intervención se aprecia recidiva fistulosa que motiva nueva intervención. En la misma se confirma fístula rectovaginal alta. Se practica legrado de trayecto fistuloso, colocación de Gore BIO-A fístula plug® en submucosa vaginal, plastia de pared vaginal y reconversión de colostomía lateral a terminal. Tras esta última intervención, desaparición de la clínica fistulosa. La paciente permanece asintomática a los 5 meses de seguimiento.

### COMENTARIO

El Gore BIO-A Fístula Plug® es un sistema novedoso para el tratamiento de las fístulas rectovaginales perineales complejas. Es una técnica sencilla, mínimamente invasiva y segura, en la que es muy importante la selección de las pacientes. El éxito de esta técnica se sitúa entre el 50-70% de los casos. Conclusión La utilización de plastias (tipo plug de Gore) es útil en las fístulas rectovaginales.



## INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA DE PULL-THROUGH EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES

*Díaz Solís P.Y, Carrocera Cabal A.C, Alonso Blanco R.A, Álvarez Laso C J, Álvarez Obregón R.*  
Servicio de Cirugía General. Hospital de Cabueñes, Gijón

### INTRODUCCIÓN

Aunque descrito desde los inicios del siglo XX, el gesto quirúrgico de descender el colon a través del canal anal con preservación esfínterica (pull-through) con anastomosis coloanal diferida en un intento por mantener la continuidad interstinal, fue cayendo en desuso con la aparición de las técnicas de sección y grapado mecánico. En los últimos años se ha retomado en un intento de evitar un estoma definitivo en pacientes reintervenidos por dehiscencia de anastomosis baja, fístulas rectovaginales, rectouretrales o enfermedad de Crohn perianal compleja. Estudios recientes le atribuyen menor tasa de complicaciones que a la anastomosis coloanal manual con resultados funcionales superponibles.

### OBJETIVOS

Evaluar los resultados postoperatorios en términos de morbimortalidad de los primeros pacientes sometidos a pull-through como rescate a un fallo de anastomosis primaria en nuestro centro.

### MATERIAL Y MÉTODOS

CASO 1. Varón 76 años. Resección anterior por neoplasia recto medio con ileostomía de protección. (AdenoCa T3N1M0) Bacteriemia a las 48 h postoperatorio, diagnosticada (de neumonía. En 5º postoperatorio deterioro, realizándose TC con extravasación masiva de contraste rectal a pelvis. Reintervención por necrosis sigma, resección, y pull-through con drenajes pélvicos. Postoperatorio sin complicaciones con mantenimiento del muñón entre compresas con suero caliente y recambio cada 12 horas. A los 9 días se realiza anastomosis coloanal. Alta sin complicaciones

CASO 2. Mujer 72 años. Tumor localmente avanzado de recto medio (T3N1M0). Neoadyuvancia con quimiorradioterapia. Intervenida de resección anterior con ileostomía de protección perforación yatrógena vaginal con cierre en sutura continua. Absceso intraabdominal por fístula rectovaginal que precisó drenaje radiológico en 15º día postoperatorio. Reingreso a las 3 semanas del alta con cuadro séptico y dolor perineal. Endoscopia con fístula de 1/3 circunferencia no susceptible de tratamiento endoscópico. Se realiza pull-through. Reconstrucción a las 72 horas. Alta sin complicaciones.

### RESULTADOS

Reconstrucción en el 9º y 30 día respectivamente sin complicaciones de la plastia ni en el postoperatorio. Contractilidad presente a la espera de resultados funcionales tras reconstrucción.

### CONCLUSIONES

La técnica de pull-through se ha reincorporado recientemente a las opciones quirúrgicas que se pueden ofertar a pacientes con lesiones rectales bajas o tras complicación de cirugía rectal previa. Tras el abordaje de pacientes cuya situación nos obligaba a desmontar anastomosis baja con buenos resultados postoperatorios y ante la creciente bibliografía al respecto, estamos abiertos a valorar su indicación en tumores de recto inferior.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS ADENOMAS DETECTADOS POR LA PRUEBA INMUNOLÓGICA DE SANGRE EN HECES (SOHi) EN EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

J. Cubiella

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

### INTRODUCCIÓN:

Las características de los adenomas detectados por SOHi en el cribado de CCR no están claramente delimitadas.

### OBJETIVO:

Definir las características de los adenomas detectados por SOHi con un punto de corte de 100ng/ml y los factores asociados a un resultado positivo en el contexto del cribado de CCR. **MÉTODOS:**

Se incluyeron aquellos individuos a los que se les detectaron adenomas en una colonoscopia de cribado dentro de dos estudios multicéntricos prospectivos, ciegos de pruebas diagnósticas dirigidos a analizar la precisión de la SOHi (OC-sensor™). Se excluyeron los pacientes con CCR. Las características de los adenomas analizadas fueron: tamaño, morfología, componente vellosa, displasia de alto grado (DAG), presencia de adenomas avanzados (AA), morfología y localización. Se definió AA si  $\geq 10$ mm, componente vellosa  $>25\%$  o DAG. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con las guías europeas de cribado de CCR. La SOHi se consideró positiva si la hemoglobina fecal era  $\geq 100$ ng/ml. Se determinó si las diferencias eran estadísticamente significativas mediante la t de Student y el test de Chi cuadrado. Finalmente, para definir las características independientemente asociadas con una SOHi positiva se realizó una regresión logística.

### RESULTADOS:

Se detectaron adenomas en 474 individuos (202 mujeres, edad media  $58 \pm 7.4$  años). Se encontraron AA en 145 (30.6%) pacientes. Los pacientes se clasificaron como riesgo bajo (59.5%), intermedio (30.2%) y alto (10.3%). Los adenomas y los AA se localizaron distales al ángulo esplénico en el 75.5% y 75.6% y sólo proximales en el 24.5% y 24.3% respectivamente. La SOHi fue positiva en 61 pacientes. En los pacientes con un resultado positivo se detectaron más AA que no avanzados (31%, 4.9%;  $p < 0.001$ ), más pacientes con riesgo alto e intermedio que con riesgo bajo (44.9%, 19.6%, 3.9%;  $p < 0.001$ ), más adenomas distales que sólo adenomas proximales (16.2%, 2.6%;  $p < 0.001$ ) y más AA distales que sólo AA proximales (38.5%, 8.6%;  $p < 0.001$ ). Otras características de los adenomas detectados por SOHi se pueden ver en la tabla 1. Finalmente, las características de los adenomas independientemente asociadas a un resultado positivo fueron el número de adenomas (RR 1.22, IC 95% 1.04-1.42;  $p = 0.01$ ), número de adenomas planos distales (RR 0.44, IC 95% 0.21-0.96;  $p = 0.04$ ), número de adenomas pediculados (RR 2.28, IC 95% 1.48-3.5;  $p < 0.001$ ) y el tamaño máximo de los adenomas distales (mm) (RR 1.24, IC 95% 1.16-1.32;  $p < 0.001$ ).

SOHi	Adenomas (n°)	AA (n°)	Tamaño máximo (mm)	Histología vellosa (n°)	DAG (n°)	Pediculado (n°)	Sesil (n°)	Plano (n°)
<100ng/ml	1.8±1.5	0.3±0.6	6.2±4.2	0.1±0.3	0.8±0.3	0.3±0.5	1±1.2	0.5±1
>100ng/ml	3±2.9	1.1±1.5	14.1±9	0.3±0.6	0.2±0.4	1.4±2.1	1.3±2.1	0.4±1.2
p	<0.001	<0.001	<0.001	0.05	0.01	<0.001	0.32	0.38

### CONCLUSIONES:

La SOHi detecta significativamente más adenomas distales que proximales. Las características de los adenomas independientemente asociadas a un resultado positivo son el número de adenomas, de adenomas pediculados, de adenomas planos distales y el tamaño máximo de los adenomas distales.

## PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PRUEBA INMUNOLÓGICA DE SANGRE OCULTA EN HECEs (SOHi) PARA EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN POBLACIONES DE RIESGO MEDIO Y ALTO

J.Cubiella<sup>1</sup>, V.Hernández<sup>2</sup>, I.Castro<sup>1</sup>, C.González-Mao<sup>3</sup>, C.Rivera<sup>1</sup>, F.Iglesias<sup>2</sup>, L.Cid<sup>2</sup>, S.Soto<sup>1</sup>, L.de Castro<sup>2</sup>, P.Vega<sup>1</sup>, J.A.Hermo<sup>2</sup>, R.Macénlle<sup>1</sup>; A.Martínez<sup>2</sup>, D.Martínez Ares<sup>2</sup>, P.Estevez<sup>2</sup>, E.Cid<sup>1</sup>, C.Vidal<sup>2</sup>, E.Hijona<sup>4</sup>, M.Herrerros-Villanueva<sup>1</sup>, L.Bujanda<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Servicios de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario De Ourense, Ourense, <sup>2</sup>Aparato Digestivo, <sup>3</sup>Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Universitario De Vigo, Vigo, <sup>4</sup>Aparato Digestivo, Hospital Donostia/Instituto Bionostia. Centro de Investigación Biomédica En Red De Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd). Universidad del País Vasco UPV/EHU, San Sebastian.

### INTRODUCCIÓN:

La precisión diagnóstica de la SOHi en el cribado de poblaciones de riesgo medio y alto (familiar) de CCR no ha sido comparada hasta ahora.

### OBJETIVO:

Determinar si la precisión diagnóstica de la SOHi para CCR y neoplasia avanzada (NA) difiere entre las poblaciones de riesgo medio y alto.

### MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, prospectivo, ciego, de pruebas diagnósticas realizado en individuos de riesgo medio y alto que realizaron una colonoscopia por cribado de CCR. Los individuos de alto riesgo se definieron como aquellos con uno o más familiares de primer grado (FPG) con CCR confirmado. Los individuos recogieron una muestra fecal la semana previa a la colonoscopia, que fue analizada mediante OC-sensor™ automatizado sin restricciones dietéticas o farmacológicas. La colonoscopia se realizó ciega respecto al resultado de la SOHi. Se definió NA como la presencia de CCR o adenoma avanzado ( $\geq 10$ mm, componente vellosos o displasia de alto grado). Las diferencias en la precisión diagnóstica de la SOHi entre las dos cohortes se compararon mediante curvas ROC, área debajo de la curva (AUC) y el test de homogeneidad de áreas. En el punto de corte de 100ng/ml se comparó la precisión en las dos cohortes mediante la prueba de Chi cuadrado. Finalmente se determinaron la tasa de positivos (TP), la sensibilidad (Se), especificidad (Es), valor predictivo positivo y negativo (VPP, VPN), la razón de verosimilitud (RV) positiva y negativa y el número necesario a endoscopiar (NNE) para detectar un CCR o una NA.

### RESULTADOS:

Se incluyeron a 1317 individuos (722 mujeres, edad media 56.32 $\pm$ 7.92 años, 595 riesgo alto). Se detectaron adenomas o CCR en 483 (36.6%) individuos, de los cuales 151 (11.5%) tenían una NA y 9 (0.7%) CCR, sin diferencias entre ambas cohortes. La concentración de la SOHi (ng/ml) en los individuos con CCR (1515.7 $\pm$ 1139.3, 444.5 $\pm$ 472.3; p:0.19) y NA (257.4 $\pm$ 557.7, 410.1 $\pm$ 804.2; P:0.19) no fue estadísticamente diferente entre las poblaciones de riesgo medio y alto. El AUC de la SOHi para CCR fue 0.98 y 0.96 en las poblaciones de riesgo medio y alto respectivamente sin diferencias (p:0.43). El AUC de la SOHi para NA fue 0.7 y 0.74 en las poblaciones de riesgo medio y alto respectivamente sin diferencias (p:0.41). En el punto de corte de 100ng/ml, la precisión diagnóstica global para CCR (93.5%, 94.8%; p:0.33) y NA (88.4%, 91.7%; p:0.051) no fue estadísticamente diferente entre las dos poblaciones. La tabla muestra la Se, Es, VPP, VPN, RV+, RV-, TP y NNE en cada población.

Lesión	Riesgo	Se (%)	Sp (%)	VPP(%)	VPN(%)	RV+	RV-	TP (%)	NNE
CCR	Medio	100	93.5	6	100	15.3	-	50 (6.9)	16.7
	Familiar	100	94.7	16.2	100	19	-	37(6.2)	6.2
NA	Medio	31.1	96.5	56	90.8	8.9	0.7	50(6.9)	1.8
	Familiar	40.6	97.9	70.3	93.2	10.2	0.5	37(6.2)	1.4

### CONCLUSIONES:

La precisión diagnóstica de la SOHi es equivalente para la detección de CCR y NA en el cribado de CCR en poblaciones de riesgo medio y alto.

## ¿CRITERIOS CLINICOS O ANALITICOS PARA LA PREDICCIÓN DE CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES SINTOMATICOS? ESTUDIO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

*P.Vega Villamil<sup>1</sup>, M.Salve Bouzo<sup>1,2</sup>, J.Cubiella Fernández<sup>1</sup>, M.Díaz Ondina<sup>3</sup>, P.Macia Cortiñas<sup>3</sup>, I.Blanco Vila<sup>3</sup>, L.Domínguez Alvarez<sup>1</sup>, M.Vega García-Luengos, I.Castro Novo<sup>1</sup>, E.Sánchez Hernández<sup>1</sup>, J.Fernández Seara<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, <sup>2</sup>Fundación Cabaleiro-Goas, <sup>3</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Universitario De Ourense, Ourense,

### INTRODUCCIÓN:

Los criterios de priorización para la realización de colonoscopia ante la sospecha de cáncer colorrectal (CCR) tienen una precisión diagnóstica insuficiente.

### OBJETIVO:

Comparar la precisión diagnóstica de los criterios de priorización actualmente disponibles (“regla de las dos semanas” del NHS) con determinaciones analíticas sanguíneas y fecales y determinar que variables se asocian de modo independiente con la detección de CCR en pacientes sintomáticos.

### MÉTODOS:

Dentro del estudio COLONPREDICT (estudio prospectivo, doble ciego de pruebas diagnósticas para diseñar un índice predictivo de CCR), se han analizado los 597 pacientes incluidos entre el 1 de abril y el 11 de octubre de 2012 que han completado el protocolo. En cada paciente se recogieron los síntomas en un protocolo estructurado y se determinaron las concentraciones fecales de hemoglobina por test inmunológico (SOHi) y calprotectina y séricas de hemoglobina y antígeno carcinoembrionario (CEA) así como el volumen corpuscular medio (VCM). Se comparó la precisión diagnóstica de cada una de las determinaciones frente a la “regla de las dos semanas” mediante curvas ROC y el área debajo de la curva. Se analizó la precisión diagnóstica de los criterios del NHS y en puntos de corte arbitrarios de las variables con mayor AUC. Finalmente, se determinó mediante una regresión logística que variables se asociaron independientemente con la detección de CCR.

### RESULTADOS:

En los pacientes incluidos, se diagnosticaron 73 CCR (12.2%). El AUC de la regla de las dos semanas para el diagnóstico de CCR fue 0.64 (IC 95% 0.58-0.69) sin diferencias significativas respecto a la hemoglobina sérica (0.65, IC 95% 0.57-0.72; p=0.85), VCM (0.63, IC 95% 0.55-0.7; p=0.8) o calprotectina (0.65, IC 95% 0.57-0.72; p=0.85), aunque significativamente inferior a la SOHi (0.87, IC 95% 0.83-0.92; p<0.001) y al CEA (0.73, IC 95% 0.66-0.8; p=0.04). En la tabla adjunta se puede visualizar la precisión diagnóstica de las tres variables.

Criterio diagnóstico	Nº positivos (%)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)	Odds Ratio (IC 95%)
NHS (sí)	301 (54%)	75.3	53.1	18.3	93.9	3.45 (1.97-6.04)
SOHi ≥50ng/ml	206 (34.5%)	89	73.1	31.6	98	22.07 (10.33-47.16)
CEA≥3UI/ml	134 (22.9%)	56.2	81.8	30.6	93	5.77 (3.45-9.65)

Finalmente, las variables asociadas de modo independiente a la detección de un CCR fueron la edad (OR 1.05, IC 95% 1.01-1.08), la regla de las dos semanas del NHS (OR 2.91; IC 95% 1.32-6.44), SOHi ≥50ng/ml (OR 22.11, IC 95% 8.44-57.96), calprotectina fecal ≥30µg/g (OR 2.35, IC 95% 1.07-5.15), CEA≥3UI/ml (OR 5.15, IC 95% 2.45-10.84), patología anal (OR 0.28, IC 95% 0.12-0.65) y colonoscopia previa (OR 0.16, 0.06-0.49).

### CONCLUSIONES:

Los criterios de la regla de las dos semanas del NHS tienen una precisión diagnóstica inferior a la SOHi y al CEA para la detección del CCR. La SOHi con un punto de corte de 50ng/ml es un criterio adecuado “per se” para priorizar las colonoscopias en pacientes sintomáticos.

**DISPEPSIA SECUNDARIA A PROCESO LINFOPROLIFERATIVO GÁSTRICO**

*J. M. Herrero, L. M. Vaquero, D. Rodríguez, L. Blanco, O. Castaño, I. Pérez, M<sup>a</sup> I. Martínez, M<sup>a</sup> A. Palacio*

El linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) es un proceso linfoproliferativo agresivo y de rápida evolución. Afecta principalmente a ganglios linfáticos, sin embargo un 40% presenta localización extraganglionar, fundamentalmente estómago o intestino delgado. La afectación gástrica se manifiesta inicialmente de forma insidiosa, provocando síntomas inespecíficos como molestias epigástricas, pirosis, náuseas y vómitos. En fases más avanzadas puede originar sangrado gastrointestinal, fiebre o perforación gástrica.

Presentamos el caso de un varón de 59 años que comenzó con dolor epigástrico, pirosis, distensión abdominal y vómitos ocasionales de un mes de evolución. Los parámetros analíticos fueron normales. Las pruebas de imagen objetivaron una masa de 15x8 cm que infiltraba hígado y polo superior del riñón derecho, con engrosamiento de paredes gástricas. La gastroscopia evidenció múltiples lesiones polipoideas, umbilicadas y eritematosas que afectaban de forma difusa a toda la cavidad gástrica. Las biopsias presentaban un infiltrado de linfocitos aumentados de tamaño, pleomórficos, y con ausencia de *Helicobacter Pylori*. La inmunohistoquímica demostró positividad para CD20, CD79a, Bcl-2, Bcl-6 y el Ki-67 superior al 70% compatible con un LBDCG.

El diagnóstico diferencial de los procesos linfoproliferativos gástricos incluye el LBDCG, el linfoma MALT, el linfoma de células del manto y el linfoma folicular. El paciente presentaba Bcl-6+ marcador que permite descartar el linfoma del manto y el linfoma MALT. Las características morfológicas de los linfocitos y la presencia del Ki-67 elevado permiten diferenciarlo del linfoma folicular.

La quimioterapia es el tratamiento de elección del LBDCG. La primera línea se basa en la combinación de R-CHOP-21 x 6 ciclos, reservándose el tratamiento de consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica en los casos más agresivos.





