



XI Reunión Extraordinaria



*Sociedades Gallega y Asturiana
de Patología Digestiva*



XI Reunión Extraordinaria



Sociedades Gallega y Asturiana de Patología Digestiva

**Declarada de Interés Sanitario
por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia**

PROGRAMA OFICIAL

**Sede:
Centro de Innovación, Servicios,
Diseño y Tecnología de Galicia (CIS)**

**Ferrol
22 y 23 de Noviembre de 2002**

ÍNDICE

	PÁGINAS
<u>VIERNES DÍA 22</u>	
BIENVENIDA	3
PRESIDENTE DE LA REUNIÓN	4
COMITÉ DE HONOR	5
JUNTAS DIRECTIVAS	6
COMITÉ ORGANIZADOR	8
CUADROS SINÓPTICOS	9
COMUNICACIONES GASTROENTEROLOGÍA I (01 – 08)	12
COMUNICACIONES ENDOSCOPIA (09 – 18)	14
COMUNICACIONES POSTER (01 – 25)	16
MESA REDONDA “PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VIAS BILIARES NUEVAS INTERPRETACIONES”	20
INAUGURACIÓN. CONFERENCIA “HEPATITIS AUTOINMUNES”	21
<u>SÁBADO DÍA 23</u>	
COMUNICACIONES GASTROENTEROLOGÍA II (19 – 27)	22
COMUNICACIONES HÍGADO, VIAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 – 37)	24
COMUNICACIONES POSTER (26 – 54)	26
MESA REDONDA “ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA: FORMAS GRAVES”	31
CONFERENCIA “ASPECTOS COMUNES DE LA FORMACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA EN APARATO DIGESTIVO”	31
ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD	31
PREMIOS	32
INFORMACIÓN SOBRE COMUNICACIONES	33
INFORMACIÓN GENERAL	34
HORARIO DE AUTOCARES	35
PLANO DE ACCESO AL CIS	36
PLANO DE LOCALIZACIÓN EN SEDE	37
ENTIDADES Y FIRMAS PARTICIPANTES	38
RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES	39

BIENVENIDA

Queridos amigos y amigas:

Es evidente que si algo puede ocurrir, incluso remotamente, no debe deducirse que no ocurrirá: la tan esperada OPE extraordinaria de especialidades iniciara su andadura en todo el Estado el pasado 27 de Octubre, y la prudencia nos aconseja modificar nuestra fecha inicial (prevista desde hace más de un año). Que sea para bien!.

Bienvenidos, pues a la XI Reunión Extraordinaria de las Sociedades Gallega y Asturiana de Patología Digestiva que se celebrará en las instalaciones del Centro de Innovación y Servicios de Ferrol los días 22 y 23 de Noviembre de 2002.

Las actividades científicas no varían. Durante dos intensas medias jornadas (tarde del viernes y mañana del sábado) y conservando la estructura clásica de reuniones previas (una mesa redonda y una conferencia por día) os ofrecemos un programa actual y de alto nivel que además será desarrollado mayoritariamente por moderadores y ponentes originarios o estrechamente vinculados a nuestras comunidades, lo que da una idea significativa de la plenitud de la Gastroenterología en este ámbito.

Los objetivos fundamentales de las mesas son ambiciosos; por un lado revisar ampliamente aspectos de la E. De Crohn en una de sus formas mas dramáticas, la enfermedad fistulizante severa, desde una perspectiva rigurosa y pragmática que nos permita clarificar la respuesta a uno de los mayores retos clínicos del gastroenterólogo hoy. También, tras mas de un cuarto de siglo de avances y controversias, replantear las nuevas interpretaciones de la patología biliar obstructiva considerando el rendimiento de las tecnologías diagnósticas actuales y el progreso de la terapéutica endoscópica y quirúrgica.

Como ya conocéis, cierran las sesiones dos magníficas conferencias magistrales, de perfil clínico (“Hepatitis Autoinmunes”) y pedagógico (“Aspectos comunes de la formación médico-quirúrgica en Aparato Digestivo”).

Tenemos, por último, la gran satisfacción de haber recibido casi un centenar de comunicaciones orales, videos, y pósters, que por su alta calidad científica y a pesar de lo apretado del programa hemos intentado incluir en su mayoría, repartiéndolas en cuatro bloques correspondientes a tres áreas básicas (Gastroenterología I y II, Hígado, Vías Biliares y Páncreas y Endoscopia) y exposición de Pósters (I y II) ambos días de la reunión. Sin duda representan la mejor medida de la vitalidad de nuestras sociedades como vía de expresión de los grupos de trabajo más activos y serán un excelente marco de presentación para los miembros más jóvenes. En definitiva, habrá premios a las más valoradas.

Pero no todo es “ciencia”. Buscaremos también la oportunidad de disfrutar de algunas sorpresas y momentos de expansión en nuestra hermosa y renovada tierra, para que no la olvidéis.

En nombre del Comité Organizador queremos agradeceros toda vuestra comprensión y ayuda y dedicaros una entrañable acogida. Esperamos poder atenderos personalmente en Ferrol en Noviembre de 2002.

Adolfo Rey Seijo
Presidente

Javier Castro Alvaríño
Secretario Científico

PRESIDENTE DE LA REUNIÓN

EXCELENTÍSIMO SEÑOR DON

MANUEL FRAGA IRIBARNE

PRESIDENTE DE LA XUNTA DE GALICIA

COMITÉ DE HONOR

Ilmo. Señor Don Xaime Bello Costa
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Ferrol

Excmo. Señor Don José María Hernández Cochón
Conselleiro de Sanidade de la Xunta de Galicia

Ilmo. Señor Don José Luis Torres Colomer
Presidente de la Excma. Diputación de La Coruña

Excmo. Señor Don Francisco Rapallo Comendador
Almirante Jefe de la Zona Marítima del Cantábrico

Excmo. Sr. Don Manuel Recuero Astray
Vicerrector de la Universidad de La Coruña (Campus de Ferrol)

Ilmo. Señor Don Miguel Carrero López
Presidente del Ilustre Colegio de Médicos de La Coruña

Don José Luis Vázquez Iglesias
Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva

Don Javier Fernández Seara
Presidente de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva

Don Sabino Riestra Menéndez
Presidente de la Sociedad Asturiana de Patología Digestiva

Ilmo. Señor Don Francisco Albert Valcarcel
Coronel Médico Director del Hospital Naval de la Z.M.C.

Don Pedro Molina Coll
Gerente del Hospital Arquitecto Marcide- Novoa Santos

Don Enrique Díaz López
Director del Hospital General Juan Cardona

Don Javier Grien Docampo
*Director del Centro de Innovación
Servicios Diseño y Tecnología de Ferrol. CIS*



JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

J. Fernández Seara

VICEPRESIDENTE ELECTO

A. Rey Seijo

VICEPRESIDENTE

J. Clófent Vilaplana

SECRETARIO

M. Bustamante Montalvo

VICESECRETARIO

M. García García

TESORERO

A. Lorenzo González

VOCALES

J. Castro Alvariño

J. Cubiella González

E. Domínguez Muñoz

M. Iribarren Díaz

M. Moreda Pérez

L. Taboada Filgueira

E. Vázquez Astray

VOCALES DE LIBRE ELECCIÓN

P. Alonso Aguirre

A. Lancho Seco

VOCAL DE RESIDENTES

M. Barreiro Acosta

DIRECTOR DE LA REVISTA

J. L. Vázquez Iglesias



JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

S. Riestra Menéndez

VICEPRESIDENTE

J. Granero Trancón

SECRETARIO

R. Baldonado Cernuda

VICESECRETARIO

A. Suárez González

TESORERA

R. M. García López

VOCALES

C. Alvarez Navascues

M. Crespo Sánchez

G. Díaz Alvarez

J. A. Fernández Fernández

G. Gómez Alvarez

E. González de la Vallina González

M^a E. Lauret Braña

S. Makdissi Zouheir

M. Rodríguez García

C. Saro Gismera

A. Trelles Martín

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

A. Rey Seijo

VICEPRESIDENTES

M. Díaz del Río Botas
C. García Pintos Fontoira
P. Sesma Sánchez

SECRETARIO CIENTÍFICO

J. Castro Alvariño

VICESECRETARIA

A. Echarri Piúdo

TESORERA

L. Dancausa Martín

VOCALES

J. A. Abril Banet
G. Adrio Díaz
M. Correa Cabana
E. de Miguel Pérez
A. Dopico López
R. García de Castro
M. López Vizoso
E. Molina Pérez
S. Ortiz Marín
L. F. Rodríguez Martínez
D. Suárez Sambade
J. Viñas Martínez

CUADROS SINÓPTICOS

PROGRAMA CIENTÍFICO:

MESAS REDONDAS

CONFERENCIAS

COMUNICACIONES LIBRES

COMUNICACIONES PÓSTERS

SALAS

HORAS

TEMAS

HORAS SALAS	VIERNES DÍA 22				
	16.00	17.00	19.00	19.15	19.30
MAGNA		MESA REDONDA: PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VÍAS BILIARES Nuevas interpretaciones	19.00 H. DESCANSO - CAFÉ. PLANTA 2ª	19.15 INAUGURACIÓN OFICIAL SALA MAGNA	CONFERENCIA: HEPATITIS AUTOINMUNES
SALA A	COMUNICACIONES GASTROENTEROLOGÍA I (01 - 08)				
SALA B	COMUNICACIONES ENDOSCOPIA (09 - 18)				
SALA DE PÓSTERS	DISCUSIÓN (01 - 25)	EXPOSICIÓN PÓSTERS (01 - 25)			RETIRADA PÓSTERS (01 - 25)
SÁBADO DÍA 23. 14.00 H. ASAMBLEA SOCIEDAD					

HORAS SALAS	SÁBADO DÍA 23			
	09.30	10.30	12.30	13.00
MAGNA		MESA REDONDA: ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA Formas graves	12.30 H. DESCANSO - CAFÉ. PLANTA 2ª	ASPECTOS COMUNES DE LA FORMACIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA EN APARATO DIGESTIVO
SALA A	COMUNICACIONES GASTROENTEROLOGÍA II (19 - 27)			
SALA B	COMUNICACIONES HÍGADO VÍAS BILIARES PÁNCREAS (28 - 37)			
SALA DE PÓSTERS	DISCUSIÓN (26 - 54)	EXPOSICIÓN PÓSTERS (26 - 54)		RETIRADA PÓSTERS (26 - 54)
SALA MAGNA (14.00 H.) GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA				

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES
SALA A (15.45 a 17.00 h.)
GASTROENTEROLOGÍA I (01 a 08)

<i>Moderadores:</i>	J. Ghanime Saide S. Pereira Bueno	(La Coruña) (Vigo)
---------------------	--	-----------------------

- (01) INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**
L. Álvarez Muñiz, M.L. de Castro, J.R. Pineda, J. Clofent, F. Domínguez, J.A. Hermo Hospital do Meixoeiro. Vigo
- (02) TUMORACIONES ESTROMALES GÁSTRICAS GIGANTES**
M. Martínez Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro Domínguez, J.A. Landín Eirin, A. San Luis González, J.J. Alcázar Otero, M.A. Piñón Cimadevila Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (03) SCHWANOMA GÁSTRICO: UNA CAUSA RARA Y ESPECTACULAR DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**
J. Castro Alvariño, V. Trasancos Buitrago, L. Dancausa Martín, A. Echarri Piúdo, S. Ortiz Marín, G. Pía Iglesias Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol
- (04) ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DE LA FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA**
L. García Vallejo, P. Concheiro Coello, J. Baltar Boileve, L. Folgar Villasenín, J. Iglesias Canle, P. Diéguez Gómez Hospital de Conxo. CHUS. Santiago de Compostela
- (05) EFICACIA DEL RETRATAMIENTO Y DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON ANTI-TNF, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE**
J.M. Pérez-Pariente, P. Niño, R. De Francisco, D. Fuentes, M^a. Moreno, E. González-Ballina, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombraña, L. Rodrigo Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (06) EXPRESIÓN TISULAR DE COLAGENASA-3 (MMP-13) EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CORRELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LAS LESIONES**
F. Vizoso, L.O. González, A. Martínez, R. Gava, M. Mulero, A. Martín, G. Corte Hospital de Jove. Gijón

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA A (15.45 a 17.00 h.)

GASTROENTEROLOGÍA I (01 a 08)

Moderadores: **J. Ghanime Saide** (La Coruña)
S. Pereira Bueno (Vigo)

- (07) **PATRÓN DE RECIDIVA TUMORAL TRAS LA RESECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) CON INTENCIÓN CURATIVA**
J. Cubiella, E. Sánchez, M.S. Díez, E. Sánchez, E. González, M. Vega
Hospital Cristal-Piñor. CHOU. Ourense
- (08) **VALOR PRONÓSTICO DEL CONTENIDO CITOSÓLICO DE CATEPSINA D EN EL CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE**
F. Vizoso Piñeiro, J.M. del Casar Lizcano, L. Sanz, O. Abdel-Laa, R. Gava,
P. Fernández-Reigoso, J.L. García Muñiz
Hospital de Jove. Gijón. Hospital Central de Asturias. Oviedo

A PARTIR DE LAS 17.00 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VÍAS BILIARES. NUEVAS INTERPRETACIONES

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES
SALA B (15.45 a 17.00 h.)
ENDOSCOPIA (09 a 18)

<i>Moderadores:</i>	G. Díaz Díaz	(Oviedo)
	M. de la Iglesia Ramos	(Vigo)

- (09) **“ESÓFAGO NEGRO” ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO**
E. Sánchez, J. Cubiella, M.S. Díez, E. González, M. Vega
Hospital Cristal-Piñor. CHOU. Ourense
- (10) **TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA, NUESTRA EXPERIENCIA (1996-2002)**
M.L. de Castro, J. Clofent, J.R. Pineda, F. Domínguez, J.A. Hermo
Hospital do Meixoeiro. Vigo
- (11) **TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**
J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, C. Castro, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela
- (12) **UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA**
E. Pérez-Cuadrado, E. Molina, D. Lamas
Hospital Naval de Ferrol
- (13) **CPRE EN PACIENTES CON CIRUGÍA PREVIA TIPO BILLROTH II. ¿DE VERDAD ES TAN DIFÍCIL?**
L. López Rosés, A. González Ramírez, A. Lancho, S. Soto, E. Santos, S. Ávila, B. Urraca
Hospital Xeral-Calde. Lugo
- (14) **COAGULACIÓN CON GAS ARGÓN: POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA Y TRATAMIENTO HEMOSTÁSICO DE LESIONES COLÓNICAS**
L. Dancausa Martín, A. Echarri Piudo, S. Ortiz Marín, V. Trasancos Buitrago, J. Castro Alvaríño
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA B (15.45 a 17.00 h.)

ENDOSCOPIA (09 a 18)

Moderadores: **G. Díaz Díaz** (Oviedo)
M. de la Iglesia Ramos (Vigo)

- (15) **EXPERIENCIA EN LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS RECTOCÓLICAS POSTQUIRÚRGICAS: ETIOLOGÍA, PROCEDIMIENTO Y COMPLICACIONES**
J.L. Ulla, D. Carpio, B. López Viedma, C. Aba, V. Álvarez, L. Ledo, J. Vázquez –San Luis, E. Vázquez-Astray
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (16) **PALIACIÓN DE LA DISFAGIA MALIGNA MEDIANTE PRÓTESIS ESOFÁGICAS. REPRÓTESIS**
M. García, A. Suárez, C.G. Bernardo, J. García-Cosío, R.F. Velázquez, F. Navarrete, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (17) **MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN COLORRECTAL NEOPLÁSICA CON PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES**
S. Soto, L. L. Rosés, A. González, A. Lancho, E. Santos, B. Urraca, S. Ávila
Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo
- (18) **PAPEL DE LA ENTEROSCOPIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN**
E. Molina, E. Pérez-Cuadrado, E. García de la Piedra, D. Lamas, A. De la Cruz
Hospital Naval. Ferrol

A PARTIR DE LAS 17.00 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VÍAS BILIARES. NUEVAS INTERPRETACIONES

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES
SALA DE REUNIONES (16.00 a 17.00 h.)
PÓSTER (01 a 25)

<i>Moderadores:</i>	I. Rodríguez Prada E. Domínguez Comesaña	(Vigo) (Pontevedra)
---------------------	---	------------------------

- (01) **SARCOMA QUÍSTICO SINOVIAL DE BAJO GRADO DE PARED ABDOMINAL**
C. Ildelfonso, J.M. Llera, S. Pérez-Holanda, L. Sanz, J. Granero
Hospital Francisco Grande Covián. Asturias
- (02) **TRATAMIENTO MÉDICO EN LA TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA**
I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (03) **TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LOS TRAUMATISMOS HEPÁTICOS Y ESPLÉNICOS**
I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (04) **TUMOR CARCINOIDE DIGESTIVO**
I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (06) **SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**
J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, I. Hindi, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (07) **TUMORES GIST: NUEVO CONCEPTO, VIEJO TRATAMIENTO**
J.P. Paredes, C. Beiras, J.A. Puñal, A. Beiras, I. Abdulkader, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (08) **¿CUÁNTAS COLELITIASIS SE BENEFICIAN REALMENTE DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?: RESULTADOS EN EL PERÍODO 1998-2001**
J.P. Paredes, R. Álvarez, C. Beiras, D. Prieto, C. Castro, S. Enríquez, E. Gamborino, I. Hindi, J.A. Puñal, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA DE REUNIONES (16.00 a 17.00 h.)

PÓSTER (01 a 25)

<i>Moderadores:</i>	I. Rodríguez Prada	(Vigo)
	E. Domínguez Comesaña	(Pontevedra)

- (09) **LITIASIS DE LA VBP Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS EN 1300 INTERVENCIONES**
J.P. Paredes, J.A. Puñal, C. Beiras, I. Hindi, S. Enríquez, R. Álvarez, C. Castro, E. Gamborino, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (10) **EL ANTÍGENO HLA-B14 ESTÁ ASOCIADO A LA SUSCEPTIBILIDAD DE DESARROLLAR COLITIS ULCEROSA**
J.L. Fdez.-Morera, L. Rodrigo, A. López-Vázquez, P. Niño, S. Rodríguez-Rodero, J. Martínez-Borra, D. Fuentes, V. Cadahía, S. González, R. Tojo, C. López-Larrea
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (11) **ANTI-TNF Y ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE: NUESTRA EXPERIENCIA ACTUAL EN 70 PACIENTES**
J.M. Pérez-Pariente, P. Niño, R. De Francisco, D. Fuentes, M^a. Moreno, E. González-Ballina, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombraña, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (12) **EL ALELO MICA-A5.1 ESTÁ ASOCIADO CON LAS FORMAS ATÍPICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS PACIENTES DQ2 NEGATIVOS**
A. López-Vázquez, L. Rodrigo, D. Fuentes, C. Bousoño, J. Martínez-Borra, V. Cadahía, R. Tojo, S. González, C. López-Larrea
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (13) **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL EMPLEO DE DOSIS DE INDUCCIÓN DE INTERFERÓN ALFA-2B CON RIBAVIRINA, FRENTE AL TRATAMIENTO COMBINADO ESTANDAR, EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C, NO TRATADOS PREVIAMENTE**
M. Jiménez, R. Pérez, J. Crespo, M. Diago, J. Enríquez, P. Vaquer, R. Solá, J.L. Olcoz, M. Romero, J. Salmerón, M^a.T. Blanco, M^a. Oña, S. Melón, L. Rodrigo,
Grupo Inter.-Hospitalario Español
Estudio INDOS

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES
SALA DE REUNIONES (16.00 a 17.00 h.)
PÓSTER (01 a 25)

<i>Moderadores:</i>	I. Rodríguez Prada	(Vigo)
	E. Domínguez Comesaña	(Pontevedra)

- (14) **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ÁREA DE OVIEDO**
V. Cadahía, R. Tojo, S. Riestra, P. Niño, D. Fuentes, E. Glez.-Ballina, M^a. Moreno, J.M. Pérez-Pariente, R. De Francisco, J.L. Sánchez-Lombrana, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (15) **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE LA COLELITIASIS NO COMPLICADA ASOCIADA CON REPARACIÓN DE LA ERGE EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO**
F. Pozo, F. Giganto, L. Rodrigo
Hospital Murias. Mieres. Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (16) **PATRÓN PUNTEADO MÚLTIPLE DE LOS ANAS (MND) Y ANTICUERPOS ANTI-SP100 EN HEPATOPATÍAS COLESTÁSICAS**
V. Cadahía, P. Muratori, R. Tojo, L. Muratori, E. González-Ballina, F. Cassani, M. Moreno, A. Linares, M. Rodríguez, F. Bianchi, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo. Policlínico Santa Orsola. Bolonia
- (17) **ANEMIA HEMOLÍTICA SEVERA Y FALLO HEPÁTICO FULMINANTE TRATADO MEDIANTE TRASPLANTE EN PACIENTE TRATADA PREVIAMENTE CON NIMESULIDA**
R. de Francisco, J.M. Pérez-Pariente, M. Rodríguez, V. Cadahía, R. Tojo, M^a.I. Lucena, R.J. Andrade, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo. Hospital Clínico. Málaga
- (18) **PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR CARCINOIDE DE COLON TRANSVERSO**
M. Díaz del Río Botas, J.A. Abril Banet, M. Correa Cabana, A. Rey Seijo, L. Costas Marcos, A. De la Cruz Mera
Hospital Naval de Ferrol
- (19) **MICROBIOLOGÍA DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS**
J.A. Álvarez Pérez, R.F. Baldonado Cernuda, J.J. González González, I. García Bear, L. Sanz Álvarez, J.I. Rodríguez García, P. Álvarez Martínez, J.I. Jorge Barreiro, A. Suárez Solís
Hospital San Agustín. Avilés. Hospital Central de Asturias. Oviedo.
Hospital de Jarrio. Coaña

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA DE REUNIONES (16.00 a 17.00 h.)

PÓSTER (01 a 25)

Moderadores: **I. Rodríguez Prada** (Vigo)
E. Domínguez Comesaña (Pontevedra)

- (20) **TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS DE ESTENOSIS MALIGNAS DEL TRACTO GASTRODUODENAL**
E. Santos, L. López Rosés, A. González, A. Lancho, S. Soto, B. Urraca, S. Ávila
Hospital Xeral-Calde. Lugo
- (21) **INVAGINACIÓN APENDICULAR**
C. Aba, V. Álvarez, J.L. Ulla, D. Carpio, B. López Viedma, L. Ledo, J. Vázquez-San Luis, E. Vázquez-Astray
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (22) **CARCINOMA DE PÁNCREAS ASOCIADO A PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO**
I. Rey Simó, M. Juaneda, J.A. Moreno, A. Armada, G. Amigo, P. De Llano, F. Sánchez González
Hospital USP-Santa Teresa. C.H. Juan Canalejo. La Coruña
- (23) **INFLAMACIÓN AGUDA DE LA MUCOSA CARDIAL (CARDITIS) ¿DEBEMOS INHIBIR EL ÁCIDO O ERRADICAR A HELICOBACTER PYLORI?**
M.L. de Castro, C. Fachal, F. Domínguez, J.A. Hermo, J.R. Pineda, J. Clofent
Hospital do Meixoeiro. Vigo
- (24) **TUMORES MALIGNOS DIAGNOSTICADOS POR ENDOSCOPIA EN 1999-2000**
E. Montero López, A. Serantes Pombo
Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira. La Coruña
- (25) **HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA EN PACIENTE JOVEN**
F. García Lorenzo, A. Higuero Grosso, G. Freiría Barreiro, M.H. Pardellas Rivera, N. Cáceres Alvarado, A. Toscano Novella, M. Urgal González, P. Gil Gil
Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo

A PARTIR DE LAS 17.00 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VÍAS BILIARES. NUEVAS INTERPRETACIONES

PROGRAMA CIENTÍFICO

MESA REDONDA

SALA MAGNA (17.00 a 19.00 h.)

PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE VÍAS BILIARES NUEVAS INTERPRETACIONES

- Moderadores: *L. López Roses* (Lugo)
J. Aza González (Oviedo)
- Ponencias: ***Diagnóstico de Ictericia obstructiva. ¿Nuevos esquemas?***
M. Delgado Blanco (Santiago)
- Complicaciones postoperatorias de la Cirugía Biliar
¿Han disminuido?***
A. Parajó Galvo (Orense)
- CPRM. ¿Un avance definitivo?***
P. González Filgueira (Gijón)
- Tumores de vías biliares. ¿Tratamiento curativo o paliativo?***
L. Vázquez Velasco (Oviedo)
- ERCP y obstrucción biliar. ¿Sólo terapéutica?***
P. Alonso Aguirre (La Coruña)

19.00 h. DESCANSO-CAFÉ. 2ª PLANTA

INAUGURACIÓN

19.15 H. SALA MAGNA
INAUGURACIÓN OFICIAL DE LA XI REUNIÓN EXTRAORDINARIA
DE LAS SOCIEDADES GALLEGA Y ASTURIANA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

VIERNES, DÍA 22

CONFERENCIA

19.30 H. SALA MAGNA
CONFERENCIA
HEPATITIS AUTOINMUNES
L. Casais Alvarez (Barcelona)
Presenta: J. Castro Alvariño (Ferrol)

CENA OFICIAL

Para asistir a la Cena Oficial hoy Viernes día 22, es imprescindible ser Miembro de una de las Sociedades organizadoras, y retirar en Secretaría la invitación correspondiente antes de las 18.00 horas.

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA A (09.15 a 10.30 h.)

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

<i>Moderadores:</i>	J.L. Lojo Sánchez	(Vigo)
	E. Vázquez Astray	(Pontevedra)

- (19) **IMPLICACIONES CLINICOPATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DEL CARCINOMA GÁSTRICO EN RELACIÓN A LA EDAD**
R. Baldonado Cernuda, J.A. Álvarez Pérez, J.A. Suárez Solís, J.I. Rodríguez Alonso, I. García Bear, J.I. Jorge Barreiro
Hospital San Agustín de Avilés
- (20) **FORMAS NEUROLÓGICAS Y HEPÁTICAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN UNA MISMA FAMILIA**
D. Fuentes, P. Niño, V. Cadahía, R. Tojo, A. López-Vázquez, S. González, J. Martínez, C. López-Larrea, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (21) **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL: ESTUDIO PROSPECTIVO A LO LARGO DE UN AÑO**
E. González-Ballina, M. Moreno, S. Riestra, V. Cadahía, R. Tojo, J.M. Pérez-Pariente, R. De Francisco, A. Gutiérrez, J.L. Olcoz, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo. Hospital del Valle del Nalón. Langreo.
Hospital Virgen Blanca. León
- (22) **FUNDOPLICATURA DE NISSEN VIA LAPAROSCÓPICA**
J.P. Paredes, J.A. Puñal, C. Beiras, I. Hindi, S. Enríquez, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (23) **CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UNA SERIE DE 200 PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA (AZA): EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS A MEDIO-LARGO PLAZO**
L. Rodrigo, P. Niño, E. González-Ballina, M^a. Moreno, J.M. Pérez-Pariente, R. De Francisco, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombráña
Hospital Central de Asturias. Oviedo

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA A (09.15 a 10.30 h.)

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

Moderadores: J.L. Lojo Sánchez (Vigo)
E. Vázquez Astray (Pontevedra)

- (24) **EL POLIMORFISMO -308A DEL PROMOTOR DEL TNF-ALFA ESTÁ ASOCIADO CON UN INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y SUSCEPTIBILIDAD PARA EL DESARROLLO DE ARTROPATÍA, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE**
L. Rodrigo, J.L. Fernández-Morera, A. López-Vázquez, P. Niño, J. Martínez-Borra, J.M. Pérez-Pariente, S. González, V. Cadahía, R. Tojo, R. De Francisco, C. López-Larrea
Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (25) **EFICACIA DE LA COLONOSCOPIA URGENTE EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA**
V. Álvarez, B. López Viedma, D. Carpio, J.L. Ulla, C. Aba, L. Ledo, J. Vázquez San Luis, E. Vázquez Astray
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (26) **ESTUDIO DE COMPLICACIONES ANASTOMÓTICAS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER RECTAL**
A.E. Álvarez Gutiérrez, O. Maseda, I. Monjero, M. Moreda, J.A. Costa, J. Conde, F. Arija
Hospital Xeral-Calde. Lugo
- (27) **EXPERIENCIA EN CIRUGÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA, BAZO Y GLÁNDULAS SUPRARRENALES**
J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, S. Enríquez, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

A PARTIR DE LAS 10.30 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA: FORMAS GRAVES

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA B (09.15 a 10.00 h.)

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

<i>Moderadores:</i>	M. Rodríguez García	(Oviedo)
	F. Suárez López	(La Coruña)

- (28) **ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS CAUSAS DE HIPERTRANSAMINASEMIA EN EL RANGO DE HEPATITIS AGUDA EN ADULTOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL**
 A. Álvarez, M.G. Espiga, M. Rodríguez, R. Muñoz, S. Romeo, M.J. Martínez, S. Braga, A. Linares, M.J. Pérez-Pariente, R. De Francisco, L. Rodrigo
 Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (29) **HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO I, PRESENTACIÓN COMO HEPATITIS AGUDA**
 J.L. Ulla, C. Aba, V. Álvarez, D. Carpio, L. Ledo, B. López Viedma, J. Vázquez -San Luis, E. Vázquez-Astray
 Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (30) **ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELÍACA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEPÁTICAS COLESTÁSICAS**
 L. Rodrigo, U. Volta, D. Fuentes, A. Granito, A. Linares, P. Murator, E. González-Ballina, L. Muratori, M^a. Moreno, N. Petrolini, V. Cadahía, D. Zauli, R. Tojo, F.B. Bianchi
 Hospital Central de Asturias. Oviedo. Universidad de Bolonia
- (31) **TERAPIA SECUENCIAL DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR MEDIANTE INYECCIÓN INTRATUMORAL DE ETANOL POR VIA PERCUTANEA: RESULTADOS INICIALES**
 J. Fernández Castroagudín, M. Delgado Blanco, J. Iglesias García, A. Villanueva Rodríguez, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, C. Durana Tonder, E. Varo, E. Domínguez Muñoz
 Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (32) **LITIASIS DE LA VBP: ¿CUÁNTAS HA HABIDO?, ¿CÓMO LAS TRATAMOS?. ESTUDIO EN UN PERÍODO DE 4 AÑOS (1998 – 2001)**
 J.P. Paredes, J.A. Puñal, R. Álvarez, C. Beiras, C. Castro, S. Enríquez, E. Gamborino, I. Hindi, J. Potel
 Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMUNICACIONES

SALA B (09.15 a 10.00 h.)

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

Moderadores: **M. Rodríguez García** (Oviedo)
F. Suárez López (La Coruña)

- (33) **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ¿ES SIEMPRE UNA OPERACIÓN FÁCIL?**
C. Beiras, J.P. Paredes, J.A. Puñal, D. Prieto, A. Paulos, A. Fernández,
A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (34) **ICTERICIA OBSTRUCTIVA. AMPULOMA Y COLEDOCOLITIASIS DOS CAUSAS COINCIDENTES, EN UN MISMO PACIENTE**
V. Trasancos Buitrago, H. Álvarez Díaz, S. Ortiz Marín, A. Echarri Piudo,
L. Dancausa Martín, J. Castro Alvaríño
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos. Ferrol
- (35) **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y DE SEVERIDAD CLÍNICA DE LA PANCREATITIS AGUDA**
A. Villanueva Rodríguez, J. Iglesias García, J. Lariño Noia, M. Barreiro de Acosta,
J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (36) **LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ¿EL MÉTODO DE SCREENING IDEAL?**
J. Iglesias-García, A. Villanueva, J. Lariño, M. Barreiro, M. Vilariño, J. Iglesias-Canle,
J.E. Domínguez-Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (37) **CISTOADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO**
I. Rey Simó, M. Juaneda, J.A. Moreno, A. Armada, G. Amigo, P. De Llano,
F. Sánchez González
Hospital USP-Santa Teresa. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

A PARTIR DE LAS 10.30 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA: FORMAS GRAVES

PROGRAMA CIENTÍFICO

SALA DE REUNIONES (09.15 a 10.30 h.)

COMUNICACIONES PÓSTERS (26 a 54)

<i>Moderadores:</i>	R. Macenlle García	(Orense)
	F. Navarrete Guijosa	(Oviedo)

- (26) **HEMATOMA DUODENAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**
L. Sanz Álvarez, C. Ildefonso Cienfuegos, J.M. Llera Fueyo, J. Granero Trancón
Hospital Francisco Grande Covián. Arriendas (Parres). Asturias
- (27) **HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS TRAUMÁTICAS**
C.G. Bernardo, C.A. Laso, A. Suárez, F. Navarrete, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (28) **QUISTE MESENTÉRICO**
A. Suárez, S. Del Valle, C.A. Laso, E. Barbón, C.G. Pravia, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (29) **PÓLIPO FIBROIDE DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL**
A. Suárez, S. Del Valle, C.G. Bernardo, E. Barbón, M.F. Fresno, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (30) **TUMOR RABDOIDE INTESTINAL**
S. del Valle, C.G. Bernardo, M.G. Palacios, M. Álvarez, F. Navarrete, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (31) **HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE**
S. del Valle, C.G. Bernardo, A. Suárez, A.M. Mateos, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo
- (32) **CONTROL DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) EN PACIENTES POSTOPERADOS**
M.Martínez-Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro García, C. Samartín Bienzobas,
J. Castro Otero, A. Casqueiro Rodríguez, B. Chamadoira Villaverde, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (33) **PSEUDOTUMOR FIBROSO CALCIFICANTE**
M. Martínez Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro Domínguez, D. Durán Vila,
R. Guitián Iglesias, M. Carballal Lugrís, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra

COMUNICACIONES PÓSTERS (26 a 54)

<i>Moderadores:</i>	R. Macenlle García	(Orense)
	F. Navarrete Guijosa	(Oviedo)

- (34) **HISTIOCITOMAS FIBROSOS MALIGNOS (22 CASOS)**
M. Martínez Alarcón, A. Minwer Barakat, E. Domínguez Comesaña, A. Lede Fernández, A. Pérez-Batallón Míguez, M.C. Prieto Gómez, R. Pardavila Gómez, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (35) **ABDOMEN AGUDO DE CAUSA INFRECUENTE**
J.M. Llera, J. Granero, C. Ildefonso, L. Sanz, B.J. Méndez
Hospital del Oriente de Asturias
- (36) **CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN ENDOSCOPIA**
J.M. Llera, L. Sanz, J. Granero, C. Ildefonso
Hospital del Oriente de Asturias
- (37) **RESULTADOS POSTOPERATORIOS DE LA HEMORROIDECTOMÍA POR GRAPADO CIRCULAR, MEDIANTE ANESTESIA GENERAL VERSUS ANESTESIA ESPINAL**
R. Cervero, J. Bermejo, J.I. Arias, D. Fernández Villanueva, J. Granero, R. Freitas, M. Garrote, A. Terrero, P. Castro
Hospital Monte Naranco. Oviedo
- (38) **LA COLONOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA ¿ESTÁ REALMENTE CONTRAINDICADA?**
B. López Viedma, C. Aba Garrote, V. Álvarez Sánchez, D. Carpio López, L. Ledo Barro, J.L. Ulla Rocha, M.J. Vázquez San Luis, E. Vázquez Astray
Complejo Hospitalario de Pontevedra
- (39) **CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA HERNIA HIATAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN**
R. Baldonado Cernuda, J.A. Álvarez Pérez, I. García Bear, J.A. Suárez Solís, J.I. Jorge Barreiro
Hospital San Agustín de Avilés
- (40) **¿ES EL CITOMEGALOVIRUS PATÓGENO EN LA COLITIS ULCEROSA CORTICORRESISTENTE?**
J. Cubiella, E. Sánchez, M.S. Díez, E. González, M. Vega
Hospital Cristal-Piñor. CHOU. Ourense

PROGRAMA CIENTÍFICO

SALA DE REUNIONES (09.15 a 10.30 h.)

COMUNICACIONES PÓSTERS (26 a 54)

<i>Moderadores:</i>	R. Macenlle García	(Orense)
	F. Navarrete Guijosa	(Oviedo)

- (41) **ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU**
 A. Martínez, E. Alexandre, F. Vizoso, I. González-Pinto, J.J. González González, M. Delgado
 Hospital de Jove. Hospital Central de Asturias. Oviedo
- (42) **ESTADO ACTUAL DE LA UTILIZACIÓN DE AZATIOPRINA EN LOS ENFERMOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL EN NUESTRO SERVICIO**
 S. Ortiz Marín, A. Echarri Piudo, V. Trasancos Buitrago, L. Dancausa Martín, J. Castro Alvariño
 Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos. Ferrol
- (43) **HUESO DE POLLO ENCLAVADO EN SIGMA. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA CON ASA DE POLIPECTOMÍA**
 J. Castro Alvariño, A. Echarri Piudo, L. Dancausa Martín, S. Ortiz Marín, V. Trasancos Buitrago, J. Viñas Martínez
 Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol
- (44) **PRESENTACIÓN ATÍPICA DE COLITIS ISQUÉMICA: MASA ABDOMINAL Y PNEUMATOSIS QUÍSTICA SECUNDARIA**
 J. Viñas Martínez, R. García Castro, J. Gómez Feijoo, J. Castro Alvariño, V. Trasancos Buitrago, C. García-Pintos Fontoira
 Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol
- (45) **ESTUDIO DE LA SUPERVIVENCIA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER RECTAL**
 I. Monjero, O. Maseda, A. Álvarez, M. Moreda, J.A. Costa, J. Conde, F. Arijia
 Hospital Xeral-Calde. Lugo
- (46) **EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA: VALORAR LA RESPUESTA CLÍNICA NO BASTA**
 J. Iglesias-García, A. Villanueva, J. Lariño, M. Vilariño, M. Iglesias-Rey, M. Barreiro, J. Iglesias-Canle, J.E. Domínguez-Muñoz
 Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

COMUNICACIONES PÓSTERS (26 a 54)

<i>Moderadores:</i>	R. Macenlle García	(Orense)
	F. Navarrete Guijosa	(Oviedo)

- (47) **DETERMINACIÓN DE ELASTASA-PMN EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA PRECOZ DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**
A. Villanueva Rodríguez, J. Iglesias García, J. Lariño Noia, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (48) **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN NUESTRO MEDIO**
J. Iglesias-García, A. Villanueva-Rodríguez, J. Lariño-Noia, M. Vilarriño, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez-Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (49) **REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE PREDOMINIO NOCTURNO Y LA PRESENCIA DE LESIONES EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**
J. Iglesias Canle, M. Vilarriño, J. Iglesias García, M. Barreiro, A. Villanueva, J. Lariño, M. Iglesias Rey, J.E. Domínguez-Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (50) **SUPERVIVENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EN EL ÁREA DE SANTIAGO**
J. Lariño-Noia, J. Iglesias-García, A. Villanueva, M. Barreiro, J. Iglesias-Canle, J.E. Domínguez-Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
- (51) **PREVENCIÓN DE LAS POUCHITIS PRECOCES EN LOS RESERVORIOS ILEO ANALES EN "J" POR COLITIS ULCEROSA Y POLIPOSIS FAMILIAR MÚLTIPLE: NUEVO ENFOQUE EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO**
G.J. Ghanimé, J.L. Vázquez Iglesias, R. Nunes, L. Doval, J. Yáñez, P. Alonso, M^ª.J. Lorenzo, J. Souto, B. González, B. Germade, J.A. Romero, I. Baamonde, S. Mosteiro, D. Martínez, M. Vázquez, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

PROGRAMA CIENTÍFICO

SALA DE REUNIONES (09.15 a 10.30 h.)

COMUNICACIONES PÓSTERS (26 a 54)

<i>Moderadores:</i>	R. Macenlle García	(Orense)
	F. Navarrete Guijosa	(Oviedo)

(52) FACTORES PRONÓSTICOS EN LAS RECIDIVAS LOCO-REGIONALES DEL CÁNCER DEL RECTO

G.J. Ghanimé, P. Alonso, J. Souto, M. Méndez, A. Álvarez, L. González, I. Baamonde, I. Mella, E. Baldomir, L. Encinar, M^a.T. Diz-Lois, D. Martínez, M. Vázquez, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

(53) INVAGINACIÓN INTESTINAL DE ETIOLOGÍA TUMORAL EN EL ADULTO: NUESTRA EXPERIENCIA

G.J. Ghanimé, C. Gómez, M^a.L. Comesaña, A. Sotelo, I. Baamonde, M. Balado, M^a.J. Vázquez, S. Mosteiro, J. Quintela, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

(54) ESTUDIO DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN LA RECURRENCIA POSTOPERATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

G.J. Ghanimé, J.L. Vázquez Iglesias, P. Alonso, R. Nunes, C.F. Casabella, L. González, J.A. Romero, I. Baamonde, I. Mella, M^a. Trigás, D. Martínez, M^a.T. Diz-Lois, J. Quintela, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

A PARTIR DE LAS 10.30 H., TENDRÁ LUGAR EN LA SALA MAGNA
LA MESA REDONDA:
ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA: FORMAS GRAVES

PROGRAMA CIENTÍFICO

MESA REDONDA

SALA MAGNA (10.30 a 12.30 h.)

ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA FORMAS GRAVES

Moderadores: *J. Potel Lesquereux* (Santiago)
L. Rodrigo Sáez (Oviedo)

Ponencias: ***Inmunopatogenia de la Enf. de Crohn. ¿Algo Nuevo?***
C. López Larrea (Oviedo)

***Seguimiento de enfermos complejos.
¿Hacia unidades monográficas de EICI?***
A. Lorenzo González (Santiago)

Enfermedad fistulosa severa. ¿Hay alternativas?
A. Echarri Piudo (Ferrol)

Complicaciones agudas y cirugía. ¿Cuándo y cómo?
A. Rey Ibarra (Madrid)

Inmunosupresores en las formas graves: Problemas prácticos
L. Rodrigo Sáez (Oviedo)

12.30 h. DESCANSO-CAFÉ. 2ª PLANTA

CONFERENCIA

12.45 H. SALA MAGNA

CONFERENCIA

ASPECTOS COMUNES DE LA FORMACIÓN
MÉDICO-QUIRÚRGICA EN APARATO DIGESTIVO

J. Fernández Llamazares (Barcelona)

Presenta: **F. Barreiro Morandeira** (Santiago)

13.45 h. CLAUSURA DE LA XI REUNIÓN.

14.00 h. ASAMBLEA GENERAL SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

14.30 h. COMIDA DE TRABAJO EN LA SEDE - 2ª PLANTA

PREMIOS

El Comité Organizador de la XI Reunión Extraordinaria de las Sociedades Gallega y Asturiana de Patología Digestiva, establece los siguientes premios para las mejores COMUNICACIONES de acuerdo con el criterio de los Moderadores:

MEJOR COMUNICACIÓN GASTROENTEROLOGÍA I	300 €
MEJOR COMUNICACIÓN GASTROENTEROLOGÍA II	300 €
MEJOR COMUNICACIÓN HÍGADO, V. BILIARES	300 €
MEJOR COMUNICACIÓN PÓSTER	300 €

INFORMACIÓN SOBRE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES LIBRES

El tiempo de exposición por comunicación será de SIETE MINUTOS y TRES para discusión. Independientemente del medio que se emplee para la presentación, se limita el número de diapositivas hasta un máximo de quince.

COMUNICACIONES POR ORDENADOR

Las salas de sesiones están dotadas con LCD y ordenador para proyección en disquete de 3,5 pulgadas o CD-rom programa Power Point. Informamos a los interesados que no será posible presentar comunicaciones que precisen otros medios técnicos para proyección ni utilizar ordenadores portátiles personales.

RECEPCIÓN DE DIAPOSITIVAS, DISQUETES Y CD'S

Se recomienda entregar las diapositivas u otros medios para proyección, QUINCE MINUTOS antes de la presentación en la sala de recepción de audiovisuales, pudiendo retirarlas del mismo lugar al finalizar la exposición.

CERTIFICADOS DE COMUNICACIONES

El primer autor o autores de cada comunicación, podrá retirar en Secretaría el certificado que acredita la presentación de su trabajo en esta Reunión.

COMUNICACIONES PÓSTERS

Se programan dos sesiones de comunicaciones Pósters cuya exposición tendrá lugar en la SALA DE REUNIONES PLANTA 2ª, de acuerdo con los siguientes horarios y normas:

POSTERS	COLOCACIÓN	HORA COLOCACIÓN	VISITA MODERADORES	RETIRADA
01 – 25	VIERNES 22	15.30 a 16.00	16.00 a 17.00	19.30
26 – 54	SABADO 23	09.30 a 10.00	10.00 a 11.00	13.00.

TABLEROS PARA LAS COMUNICACIONES EN PÓSTER

Los paneles donde se colocarán las comunicaciones que se presenten como Póster, tienen las siguientes medidas: 120 cm de alto por 0,90 de ancho. La sujeción se realizará mediante chinchetas.

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DE LA REUNIÓN

La XI Reunión Extraordinaria de las Sociedades Gallega y Asturiana de Patología Digestiva, se celebrará los días 22 y 23 de noviembre de 2002 en el CIS. (Centro de Innovación. Servicios. Diseño y Tecnología de Galicia), ubicado en A Malata. Ferrol.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Los congresistas inscritos podrán retirar su documentación a partir de las 15,30 horas en la secretaría de la Reunión instalada en la misma sede.

NUEVAS INSCRIPCIONES

Se podrán formalizar nuevas inscripciones en la propia sede coincidiendo con el horario de sesiones científicas, siendo condición indispensable acreditar ser miembro de una de las sociedades.

EXPOSICIÓN COMERCIAL

En la zona de secretaría y cafetería, ubicaremos la exposición comercial en la que se expondrán los últimos avances farmacológicos de la industria farmacéutica y técnicos de empresas de material e instrumental médico – quirúrgico.

CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

Los Congresistas interesados podrán retirar en Secretaría el Certificado de Asistencia a la XI Reunión de las Sociedades Gallega y Asturiana de Patología Digestiva.

PÁGINA WEB
SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

[www. sgpd.net](http://www.sgpd.net)

HORARIO DE AUTOCARES

VIERNES DÍA 22

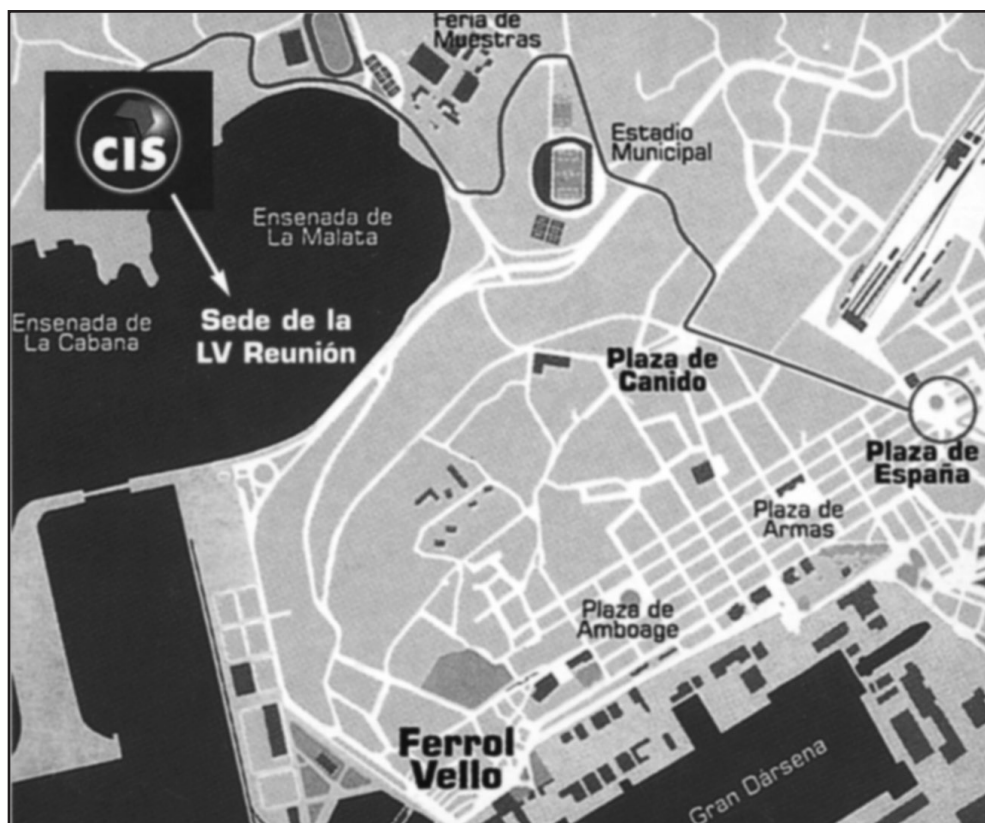
15.30 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	A SEDE DE LA REUNIÓN
16.30 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	A SEDE DE LA REUNIÓN
17.30 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	A SEDE DE LA REUNIÓN
20.45 h.	SEDE DE LA REUNIÓN	.....	A HOTELES SELECCIONADOS
21.15 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	AL PAZO DE LIBUNCA
01.00 h.	PAZO DE LIBUNCA	.....	A HOTELES SELECCIONADOS

SÁBADO DÍA 23

08.45 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	A SEDE DE LA REUNIÓN
09.45 h.	HOTELES SELECCIONADOS	.....	A SEDE DE LA REUNIÓN
14.00 h.	SEDE DE LA REUNIÓN	.....	A HOTELES SELECCIONADOS

LOS CONGRESISTAS ALOJADOS EN EL HOTEL SUIZO SE DIRIGIRÁN AL PARADOR (100 METROS) PARA DESDE ALLÍ REALIZAR LOS TRASLADOS.

PLANO DE ACCESO AL CIS



PLANO DE LOCALIZACIÓN EN SEDE

ENTIDADES

CAIXAGALICIA
EXCMO. AYUNTAMIENTO DE FERROL

FIRMAS PARTICIPANTES Y NÚMERO DE STAND

PLANTA BAJA

STAND 1 SCHERING-PLOUGH
STAND 2 ALMIRALL PRODEFARMA
STAND 3 CASSEN FLEET
STAND 4 FERRING
STAND 5 ST ENDOSCOPIA
STAND 6 MADAUS
STAND 7 LACER
STAND 8 RECORDATI ESPAÑA
STAND 9 FAES

PRIMERA PLANTA (ÁREA DE DESCANSO)

STAND 10 PHARMACÍA
STAND 10 ALTANA PHARMA

SEGUNDA PLANTA

STAND 11 OLYMPUS
STAND 12 JANSSEN-CILAG
STAND 13 GLAXO-SMITH KLINE
MESA 14 CELLTECH PHARMA
MESA 15 BOHM

OTRAS FIRMAS COLABORADORAS

MENARINI
MERCK
SOLVAY PHARMA
CANTABRIA
ANDRÓMACO - GRÜNENTHAL

**RESÚMENES
DE LAS
COMUNICACIONES**

GASTROENTEROLOGÍA (01 a 08)

INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Alvarez Muñiz, M.L. De Castro, J.R. Pineda, J. Clofent, F. Domínguez, J.A. Hermo
S. de Medicina Interna y Aparato Digestivo. Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN: La infección intestinal por Citomegalovirus (CMV) ocurre generalmente en sujetos inmunodeprimidos: SIDA, trasplantes de órganos o sometidos a tratamientos inmunosupresores. En los últimos años se ha comunicado un gran aumento en la incidencia de CMV en las biopsias de colon de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (E.I.I.).

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de E.I.I. con presencia de CMV en las biopsias de colon. El diagnóstico de CMV se realizó ante la presencia de células citomegálicas con inclusiones típicas. En algunos casos se efectuó además técnicas de Inmunohistoquímica con Hibridación In situ.

RESULTADOS: 7 pacientes (3 varones y 4 mujeres) presentaban CMV asociado a E.I.I. en biopsias de colon, correspondiendo 5 casos a colitis ulcerosa y 2 a enfermedad de Crohn. Respecto a la aparición temporal de los casos, 6 (85,7%) se diagnosticaron entre los años 1998-2001, y sólo 1 es anterior a esa fecha. Presentaban cambios histopatológicos típicos 6 pacientes, siendo positiva la inmunohistoquímica en el caso restante. El 85,7% de casos cursaron como enfermedad refractaria al tratamiento inmunosupresor previamente 6 pacientes (5 casos Azatioprina y 2 Ciclosporina A). En todos los casos se realizó tratamiento con Ganciclovir 5 mgxKg/ 12 horas entre 7-21 días, con buena evolución clínica. En 4 casos se realizaron biopsias de colon tras el tratamiento, con resultados positivos en dos de ellos. En la mayoría de casos se reintrodujo el tratamiento inmunosupresor, practicándose colectomía en 2 pacientes.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de colitis por CMV debe ser considerado en pacientes con E.I.I. refractaria al tratamiento inmunosupresor, aunque puede asociarse a un primer brote de enfermedad. Para su diagnóstico deben emplearse criterios histopatológicos, ya que la serología y el cultivo de virus poseen menor sensibilidad y especificidad.

El gran aumento de la incidencia de E.I.I. asociado a CMV en los últimos años podría estar en relación con el mayor empleo de tratamientos inmunosupresores en estos pacientes.

TUMORACIONES ESTROMALES GÁSTRICAS GIGANTES

M. Martínez Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro Domínguez, J.A. Landín Eirín,
A. San Luis González, J.J. Alcázar Otero, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: Los tumores estromales gastrointestinales son un grupo de neoplasias mesenquimales procedentes de las células del tejido conectivo (células intersticiales de Cajal) de las paredes del tubo digestivo. Se caracterizan histológicamente por una proliferación de células fusiformes que adoptan un patrón fasciculado y muestran, de modo generalizado, atipia celular de moderada a severa. Suelen padecerlos individuos mayores sin predilección por ningún sexo. Su presentación clínica suele ser inespecífica y el diagnóstico incluso puede ser casual. El 70% de los tumores se hallan en estómago y el 20 o 30 restantes en intestino delgado. Representan entre el 1 y el 2% de todas las neoplasias del tubo digestivo. El diagnóstico debe ser histológico una vez se biopsia o se extirpa en su totalidad. No existen parámetros predictivos fiables, por lo que el tratamiento debe ser la resección quirúrgica lo más completa posible, incluidas las de las metástasis, ante las perspectivas de nuevos tratamientos con STI-571.

OBJETIVO: El propósito de nuestro trabajo es el de presentar dos casos clínicos de tumores estromales gástricos gigantes: uno con metástasis hepáticas, que debuta con masa palpable en abdomen y otro, quístico, cuya presentación fue un cuadro de shock hipovolémico. La malignidad, en los dos casos, era evidente según los parámetros actuales de clasificación de ese tipo de tumores; pero dado que recientemente se ha comprobado que las células tumorales estromales gastrointestinales tienen un elevado factor receptor para el inhibidor tirosin quinasa activada mediante c-kit, nos hace reflexionar sobre cuál debería ser el tratamiento a seguir con estos tumores, cuando los consideramos malignos.

CASO CLÍNICO 1: Se trata de un varón de 77 años sin antecedentes patológicos de interés cuyo cuadro de inicio de su enfermedad fue que se palpaba una masa en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin otra sintomatología. Tras practicar un TAC abdominal fue remitido a nuestro centro para tratamiento quirúrgico. Se intervino quirúrgicamente encontrándonos con una masa tumoral, poli lobulada, blanda que ocupaba todo el hemiabdomen superior izquierdo y dependiente de la cara antero superior gástrica.

Realizamos gastrectomía parcial y resección de los segmentos II y III hepáticos ante la existencia de tres metástasis. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y una vez dado de alto se remitió el paciente al Servicio de Oncología. 12 meses después de la intervención, el paciente se encuentra asintomático.

CASO CLÍNICO 2: Se trata de un varón de 56 años, sin antecedentes patológicos de interés cuya enfermedad debuta con un aumento repentino del perímetro abdominal y shock hipovolémico. Se instaura tratamiento anti-shock, se le practica TAC abdominal y se remite a nuestro centro para valorar terapéutica a seguir. Intervenimos al paciente de urgencias ante la inestabilidad hemodinámica que presentaba. Nos encontramos con una gran masa tumoral poli lobulada, blanda, quística con contenido hemorrágico reciente, que ocupaba la práctica totalidad del abdomen, dependiendo de la pared posterior gástrica. Se trató mediante exéresis completa de la tumoración. El postoperatorio cursó sin complicaciones. Posteriormente fue remitido al Servicio de Oncología. 13 meses después de la intervención quirúrgica, el paciente se halla asintomático.

CONCLUSIONES: Los tumores estromales gástricos son, aunque raros, los más frecuentes entre las neoplasias no epiteliales de estómago. La evaluación de su potencial maligno es con frecuencia difícil, siendo los criterios más aceptados la tasa mitótica (más de 5 mitosis por campo de alto aumento) y el tamaño del tumor (> de 5 cm.). Cualquier tumoración, sea del tamaño que sea y el número de mitosis que presente, consideramos que debe ser extirpada ya que en estudios inmunohistoquímicos recientes, marcando las células tumorales estromales con CD 117, han demostrado una buena respuesta al tratamiento con STI571 (inhibidor de la tirosin quinasa).

GASTROENTEROLOGÍA (01 a 08)

SCHWANOMA GÁSTRICO: UNA CAUSA RARA Y ESPECTACULAR DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

J. Castro Alvaríño, V. Trasancos Buitrago, L. Dancausa Martín, A. Echarri Piúdo, S. Ortiz Marín,
G. Pía Iglesias
C.H. A. Marcide - Prof. Novoa Santos. Ferrol

INTRODUCCIÓN: Los Schwannomas del estómago son tumores del estroma inusuales de origen mesenquimal desarrollados a partir de las células de Schwan del plexo mientérico parietal, indolentes y de clínica por lo general poco notable (35% dispepsia o dolor abdominal) excepto cuando aparecen complicaciones como la ulceración mucosa o un gran crecimiento de masa tumoral. Ocasionalmente pueden debutar con HDA manifiesta, como el caso que presentamos, que aporta además una imagen endoscópica espectacular.

CASO CLÍNICO: Varón de 58 años con historia de melenas intermitentes y autolimitadas en los últimos 3 meses y pérdida de peso no cuantificada. Ingresa por un nuevo episodio objetivado de HDA (melenas) y anemia severa. En el examen físico se apreció también masa dura epigástrica de 6-7 cm., no dolorosa. Analíticamente presentaba una Hb de 4.7 VCM 71.7 y Htco. 19.41 precisando transfusión de concentrados de hematies. Se realizó endoscopia digestiva alta observándose una gran masa de predominio submucoso ampliamente ulcerada de aspecto neoplásico que ocupaba casi todo el cuerpo gástrico y con signos de sangrado reciente. la Rx gastroduodenal, Ecografía y TAC abdominal confirmaron una gran masa ulcerada en curvatura mayor de 13-14 cm. con gran componente extrínseco e independiente de hígado o páncreas. Se efectuó laparotomía realizándose resección del tumor y gastrectomía parcial al no encontrarse infiltración de estructuras vecinas.

El estudio anatomopatológico del tumor fue compatible con neoplasia de origen mesenquimal de células fusiformes con amplias zonas de hemorragia.

Las técnicas inmunohistoquímicas fueron positivas para antiproteína S-100 y negativas para anti-Desmina y anti-Actina.

DISCUSIÓN: Los tumores benignos representan sólo el 1.5 –5% de las neoplasias gástricas. Los Schwannomas gástricos no sobrepasan el 10% de los tumores benignos y son por lo general pequeños (0.5-1 cm.) y nodulares. Son globalmente una causa rara de HDA pero el sangrado GI agudo o crónico es su forma de presentación más frecuente. Macroscópicamente son indistinguibles de otros tumores del estroma más habituales (leiomiomas o neurofibromas) y el dx. definitivo se establece sólo con el examen histológico de la pieza operatoria. Son útiles las técnicas inmunohistoquímicas con positividad de Ac antiproteína S-100, anti-Enolasa neuronal específica (SNE) y anti-Vimentina y negatividad de anti-Desmina siendo esta última positiva en los leiomiomas. A pesar de que pueden alcanzar gran tamaño, con tendencia al sangrado y necrosis suelen tener un comportamiento de perfil bajo y buen pronóstico tras la cirugía. Las imágenes endoscópicas del caso son excepcionales por su espectacularidad.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO. RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DE LA FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA

L. García Vallejo, P. Concheiro Coello, J. Baltar Boileve, L. Folgar Villasenín, J. Iglesias Canle, P. Diéguez Gómez

Hospital de Conxo. CHUS. Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno con alta incidencia en la población. Existen evidencias científicas que apoyan el papel de la cirugía como alternativa válida al tratamiento médico en el control a largo plazo de este cuadro y como indicación de elección en determinados pacientes. La incorporación de la cirugía laparoscópica ha ampliado las posibilidades técnicas, revelándose como la vía de elección para este proceso.

OBJETIVO: Analizar nuestra experiencia en la funduplicatura laparoscópica en nuestros primeros cuatro años, desde que comenzamos a realizar esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo para evaluar los resultados de 60 pacientes intervenidos desde mayo/98 a mayo/02 en el Hospital de Conxo (CHUS)-Santiago de Compostela, mediante funduplicatura laparoscópica. El diagnóstico se realizó mediante tránsito gastroesofágico, fibrogastroscopia y pruebas funcionales digestivas (pHmetría de 24 horas y manometría). Se analizan variables preoperatorias, indicación quirúrgica, estancia postoperatoria, complicaciones peroperatoria y postoperatorias y grado de satisfacción de los pacientes. Se valoran aspectos técnicos de la intervención realizada. Se comparan estudios funcionales pre y postoperatorios.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes se situó en 46,5 años, con 10 pacientes de más de 65 años. La distribución por sexos fue de 37 varones y 23 mujeres (1.6/1). El tiempo medio de evolución de su enfermedad fue de 7,72 años, con una media de 2,98 años de toma previa de IBP de manera continuada. Todos los pacientes presentaban antecedentes de esofagitis de diversos grados documentada mediante endoscopia alta, con una media de 2,37 endoscopias/paciente, en las que presentaban esta afección. El fracaso del tratamiento médico ha sido la indicación más frecuente en 26 pacientes (43,3%), seguido de la ERGE de larga evolución con recidiva sintomática y esofagitis al dejar el tratamiento en 18 casos (30%). El esófago de Barrett estaba presente en 15 pacientes (25%). Una paciente presentó como indicación quirúrgica una recidiva sintomática de una intervención de funduplicatura realizada 30 años antes. El 71,7% presentaba una hernia hiatal macroscópicamente significativa en la exploración quirúrgica. La técnica quirúrgica fue la funduplicatura de Nissen en 55 casos (91,67%), Nissen-Rossetti en 3 casos (5%) y Toupet en 2 casos (3,33%), asociándose a colecistectomía en 2 pacientes y adhesiolisis en 3 casos. La morbilidad peroperatoria fue del 3,3%. La estancia postoperatoria global fue de 2,91 días, siendo de 48 horas en los últimos 2 años. No hay hasta el momento actual ninguna reintervención, presentando un paciente una recidiva asintomática (1,7%). No hay ningún paciente con disfagia tardía (> 6 meses). El análisis de las pruebas funcionales pre y postoperatorias pone en evidencia una elevación de la presión del esfínter esofágico inferior (7,63 mmHg preoperatorio y 16,73 mmHg postoperatorio), una disminución del tiempo de pH<4 (18,9% a 0,86%), del número de episodios de reflujo (144,6 a 11,65) y una mejoría en el score de DeMeester (66,15 a 3,59). El seguimiento postoperatorio medio es de 17,38 meses. El grado de satisfacción (Visick I-II) de la intervención para el control de la ERGE es del 98%, con una significativa mejoría de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN: La cirugía antireflujo constituye un tratamiento válido para el control de la ERGE en pacientes con ausencia de respuesta a la terapéutica médica, como alternativa en pacientes jóvenes que precisan tratamiento médico continuado por recidiva precoz y como indicación en los que presentan complicaciones propias de la ERGE. La intervención aumenta significativamente la presión del esfínter esofágico inferior y disminuye la exposición ácida del esófago, lo que supone una mejoría sintomática y un cambio radical en la calidad de vida de los pacientes. El abordaje laparoscópico aporta a la eficacia propia de la cirugía funcional, las ventajas propias de la cirugía mínimamente invasiva, con una alta eficacia y baja morbilidad, por lo que se ha constituido en la vía de elección para esta técnica.

GASTROENTEROLOGÍA (01 a 08)

EFICACIA DEL RETRATAMIENTO Y DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON ANTI-TNF, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE

J.M. Pérez-Pariente, P. Niño, R. de Francisco, D. Fuentes, M^ª. Moreno, E.González-Ballina, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombraña, L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo

OBJETIVOS: Valorar la eficacia del retratamiento y de la terapia de mantenimiento con anti-TNF, en pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante tratados previamente.

PACIENTES Y METODOS: De una serie de 70 pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante que recibieron tratamiento inicial con Infliximab (Remicade) en nuestro hospital, han sido sometidos a retratamiento un total de 32 pacientes (administración de 3 nuevas dosis), bien por no haber presentado respuesta al tratamiento con el ciclo previo (Grupo 1), o por haber recidivado tras haber respondido (Grupo 2).

Por otra parte tras haber presentado respuesta al Infliximab, un total de 24 pacientes (Grupo 3), han sido incluidos en un programa de tratamiento de mantenimiento, mediante la administración de nuevas dosis de recuerdo, administradas cada 8 semanas, con una media de 3 ± 1.6 dosis por paciente (rango 1-6).

El promedio de fistulas por paciente fue de 2.8 ± 1.6 (rango 1-5). En todos los casos se administró Infliximab (Remicade) a una dosis de 5 mg/Kg de peso. En los grupos 1 y 2 se consideró respuesta parcial el cierre de al menos el 50% de las fistulas, y respuesta completa el cierre de la totalidad de las mismas. En el grupo 3 se valoró como respuesta, el mantenimiento de las fistulas cerradas.

RESULTADOS: Grupo 1: En los pacientes que no habían respondido a un ciclo previo observamos respuesta parcial en el 26.3% (5/19), presentándose ésta en la semana 2.4 ± 1.2 , siendo la respuesta completa también del 26.3% (5/19) de los pacientes.

Grupo 2: Presentaron respuesta parcial un 92.3% (12/13) y respuesta completa un 77% (10/13). Cuando comparamos los resultados obtenidos entre los grupos 1 y 2, observamos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.0001$).

Grupo 3: Los 24 pacientes incluidos en este grupo presentaron un índice de respuestas del 87.5% (21/24).

Los efectos secundarios no fueron más frecuentes con la administración de dosis sucesivas, exceptuando la presentación de un cuadro pseudogripal en 6/32 pacientes (18.7%). Hay que reseñar que un paciente (3%) presentó una reacción anafiláctica, controlada de forma satisfactoria con tratamiento médico estándar.

CONCLUSIONES: El anti-TNF aumenta su eficacia en el cierre de fistulas con el retratamiento, tanto en los pacientes respondedores como en los que no habían respondido previamente, aunque con marcadas diferencias entre ambos ($p < 0.0001$)

El tratamiento de mantenimiento consolida la mejoría alcanzada en la mayoría de los casos. La incidencia de efectos secundarios en ambos casos es muy baja y de carácter leve.

GASTROENTEROLOGÍA (01 a 08)

EXPRESIÓN TISULAR DE COLAGENA-3 (MMP-13) EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CORRELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LAS LESIONES

F. Vizoso, L.O. González, A. Martínez, R. Gava, M. Mulero, A. Martín, G. Corte
Cirugía General y Anatomía Patológica del Hospital de Jove de Gijón (Asturias)

INTRODUCCIÓN: La colagenasa-3 (MMP-13), aislada y caracterizada por primera vez en el cáncer de mama, es una metaloproteasa que muestra capacidad degradativa sobre elementos variados de la matriz extracelular y membrana basal.

OBJETIVOS: Investigar la expresión tisular de la MMP-13 en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), los tipos celulares que muestran la expresión, y su relación con las características morfológicas de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 75 biopsias intestinales correspondientes a 35 pacientes con CU, 9 con EC y 10 controles con mucosa del colon normal. Se analizaron los aspectos morfológicos de las lesiones de acuerdo a los criterios de Riley et al. (Am J Pathol 1998; 153: 121-30). La expresión de MMP-13 se determinó mediante análisis inmunohistoquímico utilizando anticuerpos monoclonales.

RESULTADOS: Un total de 26 (59,1%) especímenes de biopsia de CU y 7 (63,6%) de EC mostraron una tinción inmunohistoquímica positiva para la MMP-13. La inmunotinción se localizó predominantemente en los fibroblastos, aunque también se observó en los macrófagos y en las células epiteliales. En las biopsias de mucosa no afecta de los pacientes con esos procesos, así como en la de los controles, no se detectó la expresión de la colagenasa. En los casos de CU, la expresión de MMP-13 estuvo positiva y significativamente asociada con el infiltrado de células polimononucleares ($p=0,004$) y de mononucleares ($p=0,003$) en la lámina propia, con la pérdida de la integridad de la superficie del epitelio ($p<0,001$), de la arquitectura de las criptas ($p=0,002$) y de células calciformes ($p<0,001$). En los casos de EC se observó una tendencia similar.

CONCLUSIONES: la MMP-13 es expresada por un porcentaje significativo de casos de enfermedad inflamatoria intestinal, y está asociada con una mayor actividad de la enfermedad. La utilización de inhibidores de las metaloproteasas puede representar una útil alternativa terapéutica en estos procesos.

PATRÓN DE RECIDIVA TUMORAL TRAS LA RESECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) CON INTENCIÓN CURATIVA

J. Cubiella, E. Sánchez, M.S. Díez, E. Sánchez, E. González, M. Vega

Digestivo. Hospital Cristal Piñor. CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN: Tras la resección quirúrgica con intención curativa, el CCR recidiva en el 30-40% de los pacientes. Se han evaluado distintas estrategias de diagnóstico precoz. Sin embargo, la utilidad de los programas de seguimiento es controvertida. El objetivo de este estudio es la valoración de las recaídas del CCR tras la cirugía radical.

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre los años 1994-96, 205 pacientes con CCR reseccable fueron intervenidos en nuestro centro. La edad media fue de 71 años; el 57,6% fueron hombres; localizaciones: recto (50,7%), sigma (22%), resto (27,3%) y TNM: I-50, II-89, III-66. El período de seguimiento fue de 5 años, realizándose historia clínica, CEA y ecografía cada 6 meses, y endoscopia a los 6 meses, 2 años y 5 años. Se evaluaron la localización, la cronología, el motivo de diagnóstico y el tipo de tratamiento realizado.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 40 recidivas y 4 tumores metacrónicos. 17 recidivas fueron locales (7 sobre anastomosis, 6 pélvicas, 3 sobre el recto y 1 en vagina) y 23 a distancia (16 en hígado, 1 en peritoneo, 3 pulmonares, y 2 con metástasis múltiples). La aparición de recidivas en el seguimiento se relaciona con el estadio TNM (I-4%, II-19%, III-38,4%; $p < 0.0001$) y los niveles de CEA preoperatorios ($p < 0.0005$). La mediana de tiempo desde la intervención al diagnóstico de la recidiva fue de 18,7 meses. En el momento del diagnóstico, el 50% de los pacientes estaban asintomáticos. El 22,7% fue candidato a tratamiento con intención curativa. La media de supervivencia tras el diagnóstico fue de 15,4 meses, estando el tiempo de supervivencia en relación a la realización de tratamiento con intención radical (42,3 Vs 16,6 meses, $p = 0.007$), y la ausencia de síntomas (29,7 Vs 15,3 $p = 0.036$).

CONCLUSIONES: La aparición de recidivas tras la resección está en íntima relación con el estadio TNM y el nivel de CEA preoperatorio. La ausencia de síntomas al diagnóstico y la realización de tratamiento radical de la recidiva mejoran el pronóstico.

VALOR PRONÓSTICO DEL CONTENIDO CITOSÓLICO DE CATEPSINA D EN EL CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE

F. Vizoso Piñeiro, J.M. Del Casar Lizcano, L. Sanz, O. Abdel-Laa, R. Gava, P. Fernández-Reigoso, J.L. García Muñiz

Hospital de Jove, Gijón. Hospital Central de Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN: La catepsina D es una aspartil proteasa involucrada en el catabolismo proteico y en la remodelación tisular. En el presente trabajo, evaluamos el contenido tumoral de catepsina D en carcinomas gástricos resecables, su relación con parámetros clínico-patológicos y su significación pronóstica.

PACIENTES Y MÉTODOS: Este estudio prospectivo incluye una serie de 60 pacientes con adenocarcinoma gástrico primario que fueron sometidos consecutivamente a resección quirúrgica completa de sus tumores. Se evaluó la recurrencia tumoral y la supervivencia durante un período medio de seguimiento de 41,5 meses. La catepsina D se determinó en el citosol de las muestras mediante análisis inmunorradiométrico que mide la cantidad total de catepsina D (52K, 48K, 34K).

RESULTADOS: El contenido citosólico de catepsina D fue significativamente ($p=0,001$) más elevado en los tumores (mediana intervalo) 44,2 (4-247,6) pmol/mg proteína) que en las muestras de mucosa adyacente no neoplásica (24,9 (6,4-97,7) pmol/mg proteína). Los pacientes con niveles intratumorales bajos de catepsina D tuvieron una supervivencia total significativamente más prolongada que aquellos con contenido tumoral intermedio o elevado ($p=0,002$). Además, el análisis estadístico reveló que la catepsina D fue un factor pronóstico independiente ($p=0,02$).

CONCLUSIONES: Este estudio demuestra que la expresión tumoral elevada de catepsina D está asociada con un pronóstico desfavorable en los pacientes con cáncer gástrico resecable.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

“ESÓFAGO” NEGRO ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO

E. Sánchez, J. Cubiella, M.S. Díez, E. González, M. Vega

Digestivo. Hospital Cristal Piñor. CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN: El “esófago negro” es una entidad endoscópica que traduce una esofagitis necrotizante difusa. Su hallazgo es infrecuente y se ha relacionado con enfermedades subyacentes graves como sepsis, hipotermia, cetoacidosis diabética y shock. Generalmente no provoca síntomas y su diagnóstico es casual, dependiendo su evolución de la enfermedad de base.

CASO ENDOSCÓPICO: Presentamos el caso de un paciente de 78 años con pluripatología grave (cardiopatía inquemica e IAM antiguo con episodios de insuficiencia cardiaca, uropatía obstructiva con sondaje permanente, insuficiencia renal crónica e ictus trombótico tres semanas antes del ingreso). Reingresa por cuadro de convulsiones tónico-clónicas presentando diarrea por *Clostridium difficile* y sepsis de origen urinario.

A la semana se evidenció un episodio de hemorragia digestiva leve que motivó la realización de endoscopia alta. En ésta se visualizó un esófago con mucosa totalmente negra en tercio medio y distal limitando cardias y mucosa gástrica que presenta aspecto normal, con afectación submucosa en tercio proximal de esófago. En estómago y duodeno se observaron lesión ulceradas de aspecto necrótico. Las biopsias fueron compatibles con inflamación aguda inespecífica.

El paciente evolucionó tórpidamente falleciendo a los pocos días por fallo multiorgánico relacionado con sepsis y patología asociada; sin presentar clínicamente complicaciones de sus lesiones digestivas.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

TOXINA BOTULÍNICA COMO TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA, NUESTRA EXPERIENCIA (1996-2002)

M.L. De Castro, J. Clofent, J.R. Pineda, F. Domínguez, J.A. Hermo
S. de Aparato Digestivo. Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN: El empleo de la toxina botulínica A en el tratamiento de la achalasia comenzó en el año 1995. Hoy está considerada como una técnica sencilla y segura, que consigue una buena respuesta clínica de manera precoz. Sin embargo sus resultados a largo plazo no son tan satisfactorios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre 1996-2002 14 pacientes diagnosticados de achalasia fueron tratados mediante la inyección endoscópica de 100 U Botox en la unión gastroesofágica. Se realizó una valoración clínica (escala 0-3 para disfagia, dolor y regurgitación), manometría y gammagrafía de vaciamiento esofágico en todos los pacientes, previamente a la aplicación de la toxina y 1 mes después de esta. La administración de toxina fue repetida ante la reaparición de síntomas, así como en los casos que inicialmente no mostraron una respuesta clínica. Se consideró como No Respuesta la ausencia de alivio sintomático tras dos aplicaciones. Los datos son expresados empleando la media y su desviación estándar. Utilizamos el Test de Wilcoxon para establecer las comparaciones entre las variables, considerando significativos los valores $p < 0,05$. Se analiza el intervalo libre de síntomas mediante curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: 8 varones (57,1%) y 6 mujeres cuya edad era de 47,5 (18,7) años recibieron toxina botulínica. La duración de los síntomas hasta realizar este tratamiento fue de 44,9 (47,4) meses y el número de sesiones de 2 (1,04). No se produjeron complicaciones durante su administración y 3 pacientes (21,4%) fueron considerados no respondedores. El valor sintomático pretoxina se situaba en 5 (1,1) disminuyendo a 1,6 (1,4) ($p=0,001$). 12 sujetos (85,7%) presentaban una achalasia simple, siendo la presión basal del esfínter esofágico inferior en nuestros pacientes de 23,2 (8,2) mmHg, decreciendo posteriormente hasta 18,8 (6,1) mmHg ($p=0,05$). El vaciamiento esofágico a los 10 minutos mostraba unos valores de retención previos al tratamiento de 66,2 (26,7), que disminuyeron hasta 58,1 (38,2)% ($p=ns.$). La curva de supervivencia encuentra unos valores de 0,8, 0,4571 y 0,114 a los 6, 12 y 24 meses de la administración de la toxina. En el momento actual 9 pacientes (63,4%) han sido dilatados, 3 (21,4%) continuaron con toxina hasta su fallecimiento y 2 (14,3%) no desean más tratamiento.

CONCLUSIONES: La administración endoscópica de toxina botulínica para el tratamiento de la achalasia es una técnica segura que consiguió una respuesta clínica en el 78,6% de los pacientes.

Su administración se siguió de un descenso significativo en los índices sintomáticos y de la presión del esfínter esofágico distal, aunque no en los niveles de vaciamiento esofágico.

La probabilidad de estar libre de recaída se sitúa en el 80%, 45,7% y 11,4% a los 6, 12 y 24 meses de su aplicación.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

TRATAMIENTO DE LA ACALASIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, C. Castro, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Gracias al éxito de la colecistectomía laparoscópica se han ido realizando técnicas quirúrgicas de complejidad creciente mediante la vía laparoscópica. La cirugía de la unión gastroesofágica reúne condiciones especiales para beneficiarse del abordaje mínimamente invasivo: campo quirúrgico fijo y pequeño, ausencia de órgano a extraer y requerir un procedimiento de auténtica cirugía funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos la técnica de la cardiomiotomía de Héller por vía laparoscópica para el tratamiento de la acalasia en un vídeo en el que se muestran los principales tiempos de la intervención.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: El enfermo se coloca en posición de decúbito supino con las piernas separadas y en posición de Trendelenburg invertido. La torre del equipo se coloca a la cabecera del enfermo. EL cirujano se sitúa entre las piernas y el primer ayudante a la derecha del paciente.

De forma esquemática la intervención puede dividirse en los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Neumoperitoneo abierto y colocación de 5 trócares; 3 de 12 mm. y 2 de 5 mm.
- Separación y elevación del lóbulo hepático izquierdo.
- Apertura de la pars flácida del epiplon menor y de la membrana frenoesofágica.
- Disección de la cara anterior y de las caras laterales del esófago.
- Extirpación de la grasa y hemostasia de los vasos de la unión gastroesofágica.
- Identificación y descruzamiento del nervio vago anterior.
- Cardiomiotomía abarcando 7-8 cm. de esófago y 2 cm. de estómago.
- Comprobación de la ausencia de perforaciones mucosas.
- Funduplicatura anterior tipo Dorr protegiendo la submucosa expuesta.
- Sutura de las heridas.

CONCLUSIONES: El mejor tratamiento de la acalasia es el quirúrgico siempre que no existan contraindicaciones formales a la anestesia general. La clásica miotomía de Heller puede ser realizada por vía laparoscópica, manteniendo los mismos principios que en la cirugía abierta y proporcionando las ventajas del abordaje mínimamente invasivo.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

E. Pérez-Cuadrado, E. Molina, D. Lamas

Hospital Naval de Ferrol

INTRODUCCIÓN: La cápsula endoscópica (CE) es un reciente método diagnóstico con indicación principal en la hemorragia oculta de origen oculto (HDOO). Nuestro objetivo es analizar la eficacia diagnóstica de la CE en intestino delgado (ID).

MATERIAL Y MÉTODOS: Indicaciones: HDOO, EII, poliposis. Tras ayunas de 8 horas se administra CE desechable (Given Imagings (R)) que emite radiofrecuencia a un holter que registra más de 40.000 fotogramas (7 horas) que se descargan en un PC con un software específico.

RESULTADOS: Se incluyeron 21 casos de los que 17 eran HDOO, 2 poliposis (una PAF y un Peutz Jeghers) y 2 EII. En las HDOO la cápsula diagnosticó 14 lesiones productoras de la misma (10 angiodisplasias, 1 úlcera y 3 sangrados activos). En el Peutz Jeghers se detectaron 6 grandes pólipos y en la PAF micropólipos yeyunales. En un Crohn la CE mostró úlceras que no habían sido detectadas con tránsito RX previo. Otros hallazgos fueron la presencia de parasitosis (huevos), xantomias, lipomas y atrofia. No complicaciones.

CONCLUSIONES: La cápsula se ha mostrado muy útil en la HDOO con alta eficacia diagnóstica. En caso de demostrar sangrado es una técnica puente que indica terapéutica mediante enteroscopia oral de pulsión en las lesiones accesibles. En el Peutz Jeghers hace mapeo que es útil para reseca los pólipos dejando un ID limpio y evitando invaginaciones con futuras laparotomías. En el Crohn puede completar estudio de extensión con repercusiones en el tratamiento médico. En la PAF puede detectar pequeños adenomas que son preneoplásico.

Este método diagnóstico se ha mostrado muy útil para ID, probablemente se ampliarán sus indicaciones aunque tiene el inconveniente de ser en diferido y sólo diagnóstica. Va a modificar los algoritmos diagnósticos de algunas enfermedades.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

CPRE EN PACIENTES CON CIRUGÍA PREVIA TIPO BILLROTH II. ¿DE VERDAD ES TAN DIFÍCIL?

L. López Rosés, A. González Ramirez, A. Lancho, S. Soto, E. Santos, S. Ávila, B. Urraca
Hospital Xeral. Lugo

INTRODUCCIÓN: La realización de CPRE en pacientes con reconstrucciones quirúrgicas a lo B II se considera habitualmente una técnica difícil, con una tasa de exploraciones fallidas mayor que la obtenida en pacientes con estómago íntegro. Existe además controversia respecto al tipo más idóneo de endoscopio a utilizar, de visión lateral o frontal.

OBJETIVO: Revisar la experiencia de nuestra Unidad en la realización de CPRE en pacientes B II.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Período de enero 1996 a mayo 2002. Sedación con Midazolam y Petidina. Empleo inicialmente de duodenoscopio, cambiando a gastroscopio de visión frontal si no se conseguía alcanzar la Papila. Esfinterotomía con esfinterotomos de pulsión; en caso de no poder orientar bien el corte, esfinterotomía de aguja, previa colocación de prótesis recta de 10 Fr.

RESULTADOS: Total CPRE 1.613; excluidas 27 por estenosis que imposibilitaban el acceso a la Papila. Total CPRE estudiadas: 1.586 (Estómago íntegro: 1.541; Billroth II: 45). Éxito de canulación: Estómago íntegro: 1.504 (97,59%); Billroth II: 41 (91,11%). Causas de canulación fallida en B II: Asa aferente muy larga: 3; Asa aferente angulada: 1. Tipo de endoscopio empleado: Duodenoscopio: 39; Frontal: 6. Diagnósticos: Coledocolitiasis: 10; Estenosis malignas: 9; Estenosis benignas: 6; Recambio de prótesis: 10; Normal: 6; Fallidas: 4. Terapéutica: Esfinterotomías: 19 (16 con esfinterotomo y 3 sobre prótesis). Extracción de cálculos: 11; Colocación de prótesis: 14; Recambio de prótesis: 10. Complicaciones: Hemorragia post esfinterotomía: 1; Colangitis: 1; Mortalidad: 0.

CONCLUSIONES: La CPRE en pacientes B II consigue una efectividad similar a la convencional (91,11% versus 97,59%). La mayoría de las veces (86,6%) puede realizarse con duodenoscopios. La esfinterotomía asistida con prótesis resulta necesaria en pocas ocasiones (15,8%). El porcentaje de complicaciones es aceptable (4,44%).

ENDOSCOPIA (09 a 18)

COAGULACIÓN CON GAS ARGÓN: POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA Y TRATAMIENTO HEMOSTÁSICO DE LESIONES COLÓNICAS

L. Dancausa Martín; A. Echarri Piudo; S. Ortiz Marín; V. Trasancos Buitrago; J. Castro Alvaríño
CH A. Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol

INTRODUCCIÓN: Estudio retrospectivo sobre la utilización terapéutica de la coagulación con gas argón (CGA), con un equipo ERBE APC 300, desde diciembre de 1998 hasta abril del 2002, obteniendo una serie de 312 enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha dividido en **1) Polipectomía con CGA.** a) técnica única; b) técnica combinada (CGA y asa de diatermia). **2) Hemostasia con CGA.** a) Tras polipectomía con asa. b) En rectosigmoiditis actínica. c) En otras lesiones vasculares.

RESULTADOS: Se efectuó **polipectomía con CGA** a 295 enfermos con una edad media de 63,4 años (rango de 24 a 88) con claro predominio de hombres 70,5% frente a mujeres 29,5%, realizándose 409 polipectomías en 366 sesiones, empleando un flujo de 1 a 1,2 l/m. y una potencia de 40 a 60 w, localizándolos en el 78% de los pacientes en recto y/o sigma. Se trataron con solo CGA a 363 pólipos de tamaño inferior o igual a 1 cm. y a 10 pólipos de tamaño superior a 1 cm. (rango de 1 a 2 cm.) por problemas en la utilización del asa de diatermia bien por la morfología y/o localización del pólipo, por alteración en la coagulación o por ser portadores de prótesis metálicas, sin que se apreciara ninguna complicación. Se realizó polipectomía con técnica combinada a 36 pólipos de tamaño comprendido entre 1 y 3,5 cm. sin complicaciones. Se produjo fallo de la técnica en 3 polipectomías que se resolvió tras tratamiento quirúrgico.

Se empleó la **CGA como hemostasia** en el tratamiento de 7 pacientes con rectosigmoiditis actínica (5M,2H) todos con sangrado activo y/o con coágulos en la colonoscopia, necesitando de 1 a 5 sesiones (1,2 L y 40 W) para producir el cese de la rectorragia, que se consiguió en el 100% de los pacientes, normalizándose la Hb en 6 sin poderlo confirmar en uno por exitus debido a su enfermedad de base. No se produjo ninguna complicación. Se realizó hemostasia postpolipectomía con asa en 9 enfermos, siendo en todos ellos eficaz y sin complicaciones. Se trataron 2 lesiones vasculares (angiodisplasia con sangrado activo y telangiectasias con rectorragia previa) sin complicaciones.

CONCLUSIONES: La CGA es una técnica segura, de fácil manejo, que en nuestra serie no ha tenido ninguna complicación, siendo muy eficaz en la hemostasia de distintas lesiones sangrantes colónicas y consiguiendo polipectomías que previamente eran de difícil manejo y/o pronta recidiva.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

EXPERIENCIA EN LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS RECTOCÓLICAS POSTQUIRÚRGICAS: ETIOLOGÍA, PROCEDIMIENTO Y COMPLICACIONES

J.L. Ulla, D. Carpio, B. López Viedma, C. Aba, V. Álvarez, L. Ledo, J. Vázquez-Sanluis, E. Vázquez-Astray

Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

INTRODUCCIÓN: La estenosis es una complicación que aparece en un 2-5% de las anastomosis quirúrgicas colorrectales. La dilatación endoscópica es el tratamiento inicial de elección, pudiendo emplearse diversas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el período de los 3 últimos años se han evaluado de forma retrospectiva un total de 7.255 colonoscopias realizadas en nuestro centro, revisándose para ello las historias clínicas e informes endoscópicos correspondientes. La técnica empleada en todos los casos fue la dilatación hidrostática con balón tipo Rigidflex previa sedación consciente con midazolam, monitorización con pulsioxímetro y analgesia con meperidina. En un caso de estenosis muy marcada se realizaron incisiones radiales con un esfinterotomo puntiforme antes de la dilatación.

RESULTADOS: Se efectuaron 13 sesiones de dilatación endoscópica con balón hidrostático sobre un total de 7 pacientes (cuatro eran mujeres), todos los casos referían dolor abdominal. La edad de los pacientes osciló entre 45-73 años (media 58 años). La sutura había sido mecánica en un 71% de los casos (5/7). La indicación de la cirugía se debió a neoplasias rectocólicas salvo en una paciente en que se realizó resección por endometriosis intestinal. En todos los pacientes se constató la presencia de dehiscencia de suturas en el postoperatorio inmediato con infección perianastomótica.

Se consiguió una dilatación efectiva en todos los pacientes, sólo se produjo una perforación en un paciente que había recibido radioterapia previa, que precisó corrección quirúrgica para su resolución.

CONCLUSIONES: Las estenosis postquirúrgicas suelen tener su origen en dehiscencias de la sutura que desemboca en infección perianastomótica con fenómenos fibrocatrizales residuales. La dilatación endoscópica mediante balón constituye un método eficaz y seguro de resolución. La radioterapia de la zona estenosada nos obliga a ser muy cautos a la hora de realizar dilatación pues el riesgo de perforación se incrementa.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

PALIACIÓN DE LA DISFAGIA MALIGNA MEDIANTE PRÓTESIS ESOFÁGICAS. REPRÓTESIS

M. García, A. Suárez, C.G. Bernardo, J. García-Cosío, R.F. Velázquez, F. Navarrete,

J.J. González, J. Aza

Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: A pesar de los avances terapéuticos, el cáncer de esófago y cardias representa un desafío para el clínico. Las modernas prótesis esofágicas, aunque no exentas de complicaciones, suponen una buena opción paliativa de alivio de la disfagia. Incluso las actuales, autoexpandibles, hacen factible la colocación de otras nuevas tiempo más tarde. Hemos revisado nuestra casuística en los últimos 16 años con especial énfasis en los casos que necesitaron más de una intubación.

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre enero de 1986 y febrero de 2002 fueron tratados en nuestro Servicio 64 pacientes con una neoplasia maligna de esófago no subsidiarios de tratamiento quirúrgico a los que se les colocó una prótesis esofágica. 59 (92,2%) eran hombres con una edad media de 65,8 años (DS=10). Casi todos presentaban disfagia, 52 (81,2%) grados 2 o 3 de la escala de Atkinson. La mayoría de las neoplasias, epidermoides 49 (76,6%), se localizaban en el tercio medio esofágico, 42 (65,6%), tenían afectación locorregional, 39 (60,9%), o presentaban enfermedad a distancia, 18 (28,1%). Al comienzo de la serie las prótesis eran rígidas (Atkinson), 29 (45,3%), hoy autoexpandibles, 35 (54,7) forradas o no según los casos. En nueve pacientes se colocó más de una prótesis.

RESULTADOS: En casi todos los enfermos la prótesis se intentó colocar en el momento del diagnóstico, con éxito en la mayoría de ellos, sobre todo en los últimos años. La disfagia mejoró o desapareció en 45 (70,3%). Presentaron complicaciones 15 (23,4%) y 3 fallecieron de complicaciones directas (2 hemorragias y una perforación). En los nueve pacientes que necesitaron colocación de otra prótesis adicional en su evolución, la mediana entre las dos prótesis fue de 30 días (rango: 8-148). Dos pacientes fallecieron inmediatamente tras el procedimiento (hemorragia) y sólo en 3 el alivio de la disfagia fue sustancial y mantenido.

CONCLUSIONES: Las prótesis esofágicas, representan una buena alternativa terapéutica para alivio de la disfagia. Aunque la colocación de más de una prótesis no plantea problemas técnicos, el número de complicaciones se incrementa y el alivio de la disfagia es menos probable.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN COLORRECTAL NEOPLÁSICA CON PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES

S. Soto; L.L. Rosés, A. González, A. Lancho, E. Santos, B. Urraca, S. Ávila
C.H. Xeral-Calde. Lugo

La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (stents) bajo control endoscópico y/o fluoroscópico pueden ser una alternativa a la realización de una colostomía urgente en los casos de obstrucción colónica secundaria a procesos malignos. El propósito de este trabajo es describir la experiencia de nuestro Servicio en la colocación de stents para el manejo del cáncer colorrectal obstructivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los 29 pacientes a los que se les solicitó esta técnica desde febrero de 99 hasta mayo de 2002.

RESULTADOS: De los 29 pacientes, 14 eran hombres y 15 eran mujeres. La media de edad era de 74 años (rango 49-90). La causa de dicha obstrucción era secundaria a adenocarcinoma colorrectal en 26 casos (89,65%) y debida a compresión extrínseca en 3 casos (10,35%). La localización de las lesiones era: recto (13), unión recto-sigma (6), sigma (6), descendente (4), transverso (1) y ascendente (1). Se logró una correcta ubicación y expansión de la prótesis en 26 pacientes (89,65%). En 3 pacientes no se logró la correcta colocación del stent (2 casos de obstrucción muy importante que impedía el paso de la guía y un caso de malposición incorregible). En los tres casos en los que no se logró la colocación, ésta se había realizado con la prótesis en paralelo al endoscopio; cuando carecíamos de colonoscopio terapéutico. La intención del stent era paliativa en 16 de los 26 pacientes (61,53%) y como puente hacia la cirugía electiva en 10 (38,47%). Entre estos últimos, se logró realizar cirugía en un tiempo a 8 pacientes (80%) mientras que en 2 el tumor era irreseccable y se mantuvo la prótesis como tratamiento paliativo. La cirugía se difirió una media de 7,7 días desde la colocación de la prótesis (rango 2-20). La resolución del cuadro obstructivo se observó en 48-72 horas en 25 de los 26 pacientes (96,1%). Se contabilizaron 12 complicaciones durante el seguimiento de las que sólo una fue grave (1 caso de perforación que requirió cirugía urgente). Además ocurrieron episodios de sangrado sin repercusión importante en 3 pacientes; 2 casos de dolor-tenesmo rectal controlados medicamente, 2 casos de migración proximal inmediata que pudieron recolocarse endoscópicamente y 3 casos de migración distal (2 tras quimioradioterapia).

CONCLUSIONES: 1.–La colocación de stents fue una herramienta efectiva para la resolución de los cuadros de obstrucción colorrectal neoplásica. 2.–Su uso como “puente para la cirugía electiva” permitió el estadiaje tumoral, la preparación intestinal y la recuperación clínica del enfermo permitiendo la realización de cirugía oncológica en un tiempo. 3.–Su uso como tratamiento paliativo permitió evitar la cirugía manteniendo una calidad de vida aceptable. 4.–El número de complicaciones fue moderado y excepto un caso de perforación todas fueron leves y fácilmente manejables médica o endoscópicamente.

ENDOSCOPIA (09 a 18)

PAPEL DE LA ENTEROSCOPIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

E. Molina, E. Pérez-Cuadrado, E. García de la Piedra, D. Lamas, A. De la Cruz
Hospital Naval. Ferrol

INTRODUCCIÓN: Aunque la afectación más frecuente en la enfermedad de Crohn (EC) es la ileocólica puede producirse en cualquier porción del tracto gastrointestinal siendo en algunos casos únicamente yeyunal. Disponemos de pocos datos sobre la utilidad de la enteroscopia en la afectación yeyunal en EC refiriéndose la mayoría a enteroscopias intraoperatorias en pacientes tratados mediante cirugía electiva. Describimos de forma retrospectiva en nuestra serie la efectividad diagnóstica de la videoenteroscopia de pulsión oral (VPO) en pacientes con EC conocida o sospechada, su repercusión en el tratamiento médico y las posibilidades de terapéutica endoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: 49 VPO realizadas entre 1995 y 2002 en 24 pacientes con EC conocida y 25 con alta sospecha de EC. De los pacientes con EC conocida 4 presentaban lesiones en tránsito y 20 clínica de malabsorción o mala evolución con tratamiento. La sospecha de EC se basó en clínica compatible con (n=17) o sin (n=18) lesiones en tránsito; en ambos casos con endoscopia alta, baja e ileoscopia normales y biopsias negativas. La VPO fue realizada bajo sedación consciente con midazolam usando sobretubo cuando la progresión no era adecuada. El diagnóstico de EC se realizó por alteraciones patológicas compatibles en biopsia. Se realizó dilatación con balón a través del canal del enteroscopio en dos pacientes con estenosis yeyunales.

RESULTADOS: Se exploraron 98 cm. postTreitz (10-190) con una duración media de la VPO de 28 minutos (10-60). la tolerancia fue buena en 37 VPO.

Se diagnosticó EC en 26 VPO (53,1%), 13 indicadas por sospecha de EC (52%) y 13 con EC conocida (54,2%). Las lesiones más frecuentes fueron úlceras sugestivas de EC (13 VPO), seguidas de aftas (10 VPO) y estenosis (8 VPO). En pacientes con sospecha de EC y alteraciones radiológicas se observaron lesiones en 10 VPO (58,8%), disminuyendo los hallazgos a 37,5% cuando el tránsito era normal. Se diagnosticó una enfermedad celíaca en este último grupo. No se alcanzó con el enteroscopio la zona descrita como patológica en tránsito en 3 VPO que no fueron diagnósticas mediante biopsia. En todas las VPO en pacientes con EC conocida y alteraciones en tránsito se observaron lesiones. En aquellos sin alteraciones en tránsito con clínica de malabsorción o mala evolución se observaron lesiones en 45% de VPO. El hallazgo de lesiones en yeyuno supuso un cambio en el tratamiento médico de 4 de 14 pacientes seguidos (28,6%).

Se realizó dilatación con balón en dos pacientes con sospecha de EC y estenosis yeyunales en tránsito. Se precisaron tres sesiones en uno de los casos. no se registraron complicaciones y la evolución de la clínica suboclusiva fue buena a medio plazo.

CONCLUSIONES: La VPO permite el diagnóstico de EC en 52% de exploraciones indicadas por alta sospecha de la misma, siendo menor el porcentaje cuando los pacientes no presentan alteraciones en tránsito intestinal. En pacientes con EC conocida y clínica o exploración radiológica sugestiva de afectación yeyunal se observan lesiones en 54,2% de VPO, suponiendo un cambio de tratamiento en 28,6% de casos.

La dilatación de estenosis yeyunales es factible mejorando la clínica suboclusiva a medio plazo.

Es importante conocer la distancia media explorada en VPO para evitar pruebas innecesarias en pacientes con lesiones en tránsito fuera del alcance del enteroscopio si el objetivo es llegar a las mismas, aunque en sospecha de EC no conocida incluso las biopsias sobre mucosa yeyunal normal pueden ser diagnósticas.

PÓSTERS (01 a 25)

SARCOMA QUÍSTICO SINOVIAL DE BAJO GRADO DE PARED ABDOMINAL

C. Ildelfonso, J.M. Llera, S. Pérez-Holanda, L. Sanz, J. Granero

Hospital Francisco Grande Covián. Arriendas. Asturias

Los sarcomas de pared abdominal constituyen el 20% de los sarcomas de partes blandas. Los de tipo sinovial son muy infrecuentes y raramente son sarcomas de bajo grado.

Aportamos el caso de una paciente de 53 años diagnosticada de un sarcoma sinovial bifásico de bajo grado con cambios de quistificación, localizado en la pared abdominal anterior a nivel de mesogastrio, que fue tratada con cirugía radical con amplios márgenes y colocación de doble malla de polipropileno.

Realizamos una revisión bibliográfica sobre esta rara entidad.

PÓSTERS (01 a 25)

TRATAMIENTO MÉDICO EN LA TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA

I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte

Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa mesentérica es una entidad rara, de síntomas iniciales inespecíficos y difícil diagnóstico. Un diagnóstico precoz permite evitar su evolución hacia el infarto mesentérico.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 44 años con antecedentes de infarto parieto-occipital izquierdo de etiología migrañosa en 1995, descartándose en ese momento la existencia de alteraciones de la coagulación. Además, recientemente también había sido diagnosticado de estenosis aórtica. Estaba a tratamiento con ácido acetilsalicílico y omeprazol.

Presentaba dolor epigástrico de 4 días de evolución, etiquetado en urgencias como epigastralgia y que al no remitir acude de nuevo, siendo valorado por nuestro Servicio.

A la exploración presentaba a la palpación dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, sin defensa ni rebote, además de moderado timpanismo abdominal. En la analítica presentaba: hemoglobina: 12,9, fosfatasa alcalina: 425, TGP: 65, TGO: 43 y GT: 142. No existía leucocitosis. Se realizó radiología abdominal (Fig. 1) y ecografía abdominal, fueron normales. A continuación, y dado el empeoramiento clínico con dolor de características cólicas, difuso e intenso, acompañado de febrícula se le practicó una TC helicoidal abdominal (Fig. 2). En ella, se apreció la existencia de trombosis de la vena mesentérica superior y de la porta con importante circulación colateral. Se inició tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, reposo digestivo y antibióticos, evolucionando favorablemente. Una vez iniciada la tolerancia oral al 5º día del ingreso se pasó a tratarlo con anticoagulantes orales.

Se le realizaron enema opaco (Fig. 3) y tránsito intestinal que fueron normales y una angioresonancia (Fig. 4) que confirmó la trombosis de la vena mesentérica superior y de la porta con importante circulación colateral y la existencia de carvernomatosis asociada.

El paciente ha seguido revisiones durante el último año encontrándose asintomático, no obstante y pese a la no existencia de alteraciones en la coagulación se ha mantenido la anticoagulación oral.

DISCUSIÓN: Actualmente la TC abdominal es la técnica de elección en el diagnóstico de la trombosis venosa mesentérica superior. El diagnóstico precoz permite el inicio de la anticoagulación, reservando la intervención quirúrgica para los casos donde ya existe infarto mesentérico. Asimismo, la anticoagulación logra a largo plazo la disolución del trombo, evitando el desarrollo de hipertensión portal y la aparición de varices esofágicas. Además, en estos pacientes se debe descartar la presencia de vasculitis, alteraciones en la coagulación que provoquen hipercoagulabilidad o neoplasias.

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LOS TRAUMATISMOS HEPÁTICOS Y ESPLÉNICOS

I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte

Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Múltiples estudios realizados en su mayoría en grandes centros de atención de pacientes politraumatizados han demostrado la utilidad del tratamiento conservador en estos pacientes. Incluso en el caso de precisar intervención quirúrgica, esta se rige también por criterios conservadores, realizando un control de daños para posteriormente proceder a una reanimación intensiva y una vez el paciente esté estabilizado reparar todas las lesiones.

CASOS CLÍNICOS: Varón de 37 años que tras sufrir accidente de tráfico (copiloto) presentó inestabilidad hemodinámica inicial que respondió a la infusión de 2.000 ml. de Ringer Lactato. Refería dolor abdominal difuso, observándose en la ecografía la presencia de abundante líquido perihepático, periesplénico y en Douglas. En la TC se confirmó una extensa hipodensidad que afectaba a todo el lóbulo hepático derecho y especialmente nivel del segmento VIII de características isquémicas y dos laceraciones esplénica a nivel de zona media del cuerpo y en polo superoanterior (Fig. 1). Asimismo, presentaba traumatismo craneoencefálico con lesión isquémica occipital izquierda y fracturas costales izquierdas. Se realizó una arteriografía de troncos supraaórticos y tronco celíaco dentro de las primeras 24 horas (Fig. 2), no existiendo sangrado activo. Permaneció durante seis días en observación en Reanimación quirúrgica, precisando la transfusión de 2 concentrados de hemáties. En el control de TC realizado al 8º día el líquido libre se ha reabsorbido y la lesión esplénica estaba en fase de resolución, persistiendo lesión isquémica hepática. El paciente evolucionó favorablemente, realizándose una TC abdominal de control a los cinco meses que fue normal.

Varón de 18 años que tras sufrir un golpe en hipocondrio derecho realizando deporte, presenta dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica. Responde a la reanimación inicial con Ringer y se le practica una TC abdominal observando la existencia de ruptura hepática que se extiende desde el hilio hacia segmento VIII de 7x3 cm. de longitud y formación de hematoma (Fig. 3). Dada su estabilidad se decide tratamiento conservador evolucionando favorablemente. Dos meses más tarde en TC de control, la lesión ya había desaparecido.

Varón de 35 años que tras accidente de tráfico presentó traumatismo tóraco-abdominal con hemotórax que precisó la colocación de un tubo de tórax e intubación, y hemoperitoneo con la presencia de un gran hematoma hepático que causaba la compresión de la vena cava inferior (Fig. 4). Permaneció durante 20 días en la UCI. Precisó la transfusión de cuatro concentrados de hemáties. El paciente evolucionó favorablemente, desapareciendo la lesión hepática en la TC de control a los seis meses.

CONCLUSIONES: La estabilidad tensional o la recuperación de un estado hemodinámico aceptable tras una reanimación estándar es el elemento fundamental de la decisión inicial de tratamiento conservador tras un traumatismo hepático o esplénico.

PÓSTERS (01 a 25)

TUMOR CARCINOIDE DIGESTIVO

I. García Pérez, J.L. García Muñiz, P. Ricarte
Hospital Central de Asturias (Oviedo)

INTRODUCCIÓN: El tumor carcinoide, a pesar de su baja incidencia, es la neoplasia endocrina más frecuente del aparato digestivo. La presentación clínica es inespecífica, excepto en el caso de síndrome carcinoide asociado. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El pronóstico es favorable, con una supervivencia del 83% a los 5 años.

OBJETIVO: Análisis de la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento, tamaño, grado de invasión y evolución de los pacientes diagnosticados de tumor carcinoide.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados de tumor carcinoide, desde enero de 1991 a diciembre de 2000. El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 10, 6 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 53 años, con un intervalo de 12 a 71 años.

RESULTADOS: El tumor se localizó en el apéndice cecal en 3 casos, en el estómago en 2 y en duodeno, yeyuno, íleon, colon y recto en un caso cada uno.

La presentación clínica fue de apendicitis aguda en los apendiculares, síndrome general y pirosis en los gástricos, ictericia obstructiva en el duodenal, obstrucción intestinal en el cólico, pujos y prurito en el rectal; siendo el resto, hallazgos casuales durante los estudios o en el transcurso de la intervención por otra causa.

Se realizó apendicectomía, gastrectomía total, polipectomía endoscópica, duodenopancreatectomía, resección intestinal, ileocolectomía y resección endoanal respectivamente. En un caso de localización apendicular, debido a que el tumor era de 1,5 centímetros (cm) de diámetro y afectaba la serosa, se realizó una laparotomía exploradora y toma de biopsias que fueron negativas. En el resto, el tamaño tumoral era de 0,8x0,5 cm. afectando hasta la muscular externa, y menor de 1 cm. en los apendiculares; los tumores gástricos eran de 0,7 cm. hasta la muscularis mucosae, y de 5x2 cm., hasta serosa con invasión vascular, linfática y perineural; el tumor yeyunal era submucoso, de 0,5 cm., y presentaba sincrónicamente a nivel ileal, un adenocarcinoma mucosecretor de células en anillo de sello; el tumor ileal afectaba hasta la grasa mesentérica, con invasión vascular, linfática, y una adenopatía positiva; el tumor cólico era de 8 cm., hasta la serosa, con afectación ganglionar, e implantes mesentéricos, y el tumor rectal era de 1 cm. de diámetro. La mortalidad postoperatoria fue de un caso, debido a complicaciones cardíacas.

En el seguimiento (2 a 85 meses), se han perdido 2 pacientes a los 24 meses. Hasta la conclusión del estudio, no existían signos de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES: La mayoría de los tumores carcinoides asientan en apéndice cecal y la apendicectomía es el tratamiento de elección. Ante la infiltración del mesoapéndice o el tamaño superior a 2 cm. es aconsejable la hemicolectomía derecha. En el resto, el tratamiento depende de la localización, tamaño y profundidad de afectación.

PÓSTERS (01 a 25)

SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, I. Hindi, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Las glándulas suprarrenales se localizan en un área retroperitoneal de difícil acceso que, en la cirugía abierta, obliga a realizar grandes incisiones para extirpar una glándula generalmente de pocos gramos de peso, por ello la cirugía por vía laparoscópica tiene ventajas evidentes. Las indicaciones de la suprarrenalectomía por vía laparoscópica son: Feocromocitoma, Síndrome de Cushing, Síndrome de Conn e incidentalomas mayores de 4 cm. Las contraindicaciones: el cáncer, tumores de gran tamaño y la necesidad de otra cirugía no laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos la técnica de la suprarrenalectomía por vía laparoscópica para el tratamiento de la un tumor suprarrenal derecho no funcionando en un vídeo en el que se muestran los principales tiempos de la intervención.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: De las tres vías de acceso laparoscópico, retroperitoneal, transabdominal anterior y transabdominal en decúbito lateral, la más aceptada actualmente es la última y es la que realizamos. Se utilizan cuatro trócares, dos de 5 mm y otros 2 de 12 mm que se sitúan siguiendo la arcada costal del lado derecho, a nivel de la línea axilar anterior, línea axilar media, línea axilar posterior y línea medio clavicular.

- Movilización hepática. Con sección del ligamento triangular derecho y sección del peritoneo parietal posterior siguiendo el lóbulo derecho del hígado. En ocasiones es necesaria la movilización del ángulo hepático del colon
- Identificación de la vena cava inferior.
- Disección, ligadura y sección de la vena suprarrenal
- Exéresis de la glándula. El resto de la vascularización procedente de los vasos renales u diafragmáticos se seccionan con bisturí armónico.
- Extracción de la pieza quirúrgica. En bolsa de plástico.

CONCLUSIONES: La cirugía de las glándulas suprarrenales por vía laparoscópica es segura, está bien sistematizada y evita las grandes incisiones responsables de gran parte de las complicaciones e inconvenientes de esta cirugía.

PÓSTERS (01 a 25)

TUMORES GIST: NUEVO CONCEPTO, VIEJO TRATAMIENTO

J.P. Paredes, C. Beiras, J.A. Puñal, A. Beiras, I. Abdulkader, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

OBJETIVOS: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son infrecuentes (1-3% de tumores malignos gastrointestinales), existiendo debate sobre su correcta nomenclatura, célula de origen y clasificación patológica. Analizamos las características anatómo-clínicas de los GIST para definir los factores pronósticos de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado los casos de GIST tratados en nuestro Servicio desde 1992. Los datos clínicos, operatorios y anatomopatológicos de los enfermos se recogieron de forma retrospectiva. Para el procesado de los mismos se utilizó la base de datos Acces[®].

RESULTADOS: Hemos tratado 27 enfermos, con edad media de 65 años (27-86), siendo menores de 50 años sólo 2. Del total 16 son mujeres. El tumor se ha presentado como primario en 25 casos, metastático en 1 y como recidiva local-persistencia en otro. La clínica ha correspondido a: hemorragia digestiva en 12 (alta 9, baja 3), masa abdominal en 4, hallazgo casual en 3, dolor abdominal en 2, anemia en 1, diarrea en 1, dispepsia en 1 e ictericia 1.

El órgano afecto ha sido: estómago 17 casos, intestino delgado 7, colon 2 e hígado 3. Las 3 metástasis hepáticas corresponden a un caso de intestino delgado con carcinomatosis peritoneal, a uno gástrico y a otro duodenal. La resección quirúrgica fue completa excepto en 2 casos con carcinomatosis peritoneal. Se realizaron: 12 resecciones gástricas locales, 5 gastrectomías, 6 resecciones segmentarias de intestino delgado, 1 colectomía segmentaria, 1 amputación de recto, 1 duodenopancreatectomía y 2 hepatectomías.

El tumor ha sido clasificado como: GIST sin diferenciación 5 casos, GIST muscular 8, GANT 6 y GIST dual 8. Su tamaño ha oscilado entre 2 y 26 cm., con 12 casos < o igual a 5 cm. y 15 casos > 5 cm. En 4 casos existió positividad para la proteína C-KIT.

Un caso de tumor yeyunal presentó metástasis ganglioneras regionales en el estudio patológico de la pieza y 2 enfermos metástasis hepáticas durante el seguimiento. Han muerto 4 enfermos: 1 a las 24 h. de la cirugía por shock cardiogénico, otro por insuficiencia cardiaca a los 5 años de la intervención, otro a los 6 años por neoplasia de sigma con metástasis hepáticas y otro por metástasis hepáticas del GIST a los 2 años. 20 pacientes viven libres de enfermedad (1 tras la resección hepática de una metástasis) y 2 con enfermedad diseminada a nivel peritoneal y además hepático en 1 de ellos.

CONCLUSIONES: Los tumores GIST constituyen un grupo heterogéneo, con un comportamiento clínico variable, siendo difícil establecer su grado de malignidad y pronóstico. La resección quirúrgica completa constituye el tratamiento de elección. Es preciso un seguimiento a largo plazo, estando indicada la cirugía en caso de recidiva o metástasis para realizar la re-resección siempre que sea posible. Los casos positivos para C-KIT pueden ser tratados con el agente STI-571 que bloquea específicamente ese receptor de membrana y permite un tratamiento en casos no susceptibles de resección completa o en recidivas, diseminación peritoneal o metástasis.

PÓSTERS (01 a 25)

¿CUÁNTAS COLELITIASIS SE BENEFICIAN REALMENTE DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?: RESULTADOS EN EL PERÍODO 1998-2001

J.P. Paredes, R. Alvarez, C. Beiras, D. Prieto, C. Castro, S. Enríquez, E. Gamborino, I. Hindi, J.A. Puñal, J. Potel

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

OBJETIVOS: La colecistectomía laparoscópica (CL) es actualmente el “estándar de oro” en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Esto es particularmente cierto para la colecistectomía programada por colelitiasis no complicada. Sin embargo no está bien analizada su aplicabilidad a todas las colelitiasis, incluyendo la colecistitis aguda. La disponibilidad de cirujanos suficientemente adiestrados, en el conjunto de plantillas amplias, es otro posible factor limitante para la realización de CL. Analizamos esta problemática en un estudio prospectivo a lo largo de 4 años, en un hospital terciario universitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: A lo largo de 48 meses consecutivos hemos recogido de forma prospectiva una serie de datos clínicos, analíticos, radiológicos y quirúrgicos, en un protocolo específicamente diseñado para los enfermos ingresados con el diagnóstico de litiasis biliar. Se han tratado 937 pacientes, con edad media de 63 años y sexo femenino en el 67%. En 57 enfermos (6,5%) el tratamiento fue no quirúrgico.

RESULTADOS: Se han intervenido 880 enfermos, realizándose inicialmente abordaje laparoscópico en 701 (80%), completándose la CL en 625, con 76 conversiones a laparotomía (11%).

Ingresaron de forma urgente 340 pacientes (36%), grupo en el que están los 57 casos no operados, interviniéndose por vía abierta 212 casos (75% de ingresos urgentes). 597 enfermos (64%) ingresan de forma programada y en ellos se realizó CL en 554 (89% de ingresos programados).

La cirugía se realizó de forma urgente en 86 casos (10%) y sólo en 8 (9% de cirugía urgente) se hizo CL. Sólo el 1% de la CL es urgente. El 78% de la cirugía programada de la colelitiasis se hace por vía laparoscópica.

El 45% de los casos suponen colelitiasis complicada (22 colangitis, 80 ictericia obstructiva, 141 pancreatitis y 183 colecistitis aguda) operándose por vía laparoscópica: 32% colangitis, 45% ictericia obstructiva, 74% pancreatitis aguda, 11% colecistitis aguda.

Las causas de no intervención quirúrgica en los 57 casos han sido: alto riesgo por co-morbilidad (22), rechazo del enfermo (16), elevada edad (5), ERCP-EE como tratamiento de la litiasis de la VBP (4), exitus (4), gestación (1), pseudoquistes pancreáticos en evolución (1) y otras (4).

CONCLUSIONES: El 80% del total de casos operados por colelitiasis se hace por vía laparoscópica: 85% de la colelitiasis no complicada y 42% de la complicada. Se operan por vía abierta el 75% de los ingresos urgentes y el 91% de la cirugía urgente. La CL se lleva a cabo en 89% de ingresos programados y en 78% de la cirugía programada.

La colelitiasis complicada y la falta de cirujanos suficientemente adiestrados son la causa de que todavía la CL no beneficie a todos aquellos enfermos en los que se podría realizar, al menos teóricamente.

PÓSTERS (01 a 25)

LITIASIS DE LA VBP Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS EN 1.300 INTERVENCIONES

J.P. Paredes, J.A. Puñal, C. Beiras, I. Hindi, S. Enríquez, R. Alvarez, C. Castro, E. Gamborino, J. Potel

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

OBJETIVOS: La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática. Su introducción ha supuesto un cambio en la forma de diagnóstico y en el tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal (VBP). Cada grupo debe conocer sus propios resultados con el enfoque escogido, entre los posibles, para tratar la litiasis de la VBP. Nuestro objetivo es determinar la incidencia y tratamiento de la misma en 1.300 CL realizadas a lo largo de 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio prospectivo sobre la CL desde su introducción en nuestra práctica quirúrgica. De éste analizamos los datos referentes a litiasis de la VBP, dentro del protocolo informatizado de CL.

RESULTADOS: Los criterios de sospecha de litiasis de VBP se han presentado en los siguientes casos: 11 colangitis, 62 ictericia obstructiva, 173 pancreatitis aguda, 162 elevación de las pruebas funcionales hepáticas (PFH), 92 dilatación ecográfica de VBP y 76 litiasis ecográfica de VBP.

la ERCP preoperatoria se realizó en 169 casos (13%), encontrando litiasis en la VBP en 105 enfermos (62% de las ERCP).

En 122 CL se hizo colangiografía intraoperatoria (9%) con litiasis en VBP en 15.

Se practicaron 18 ERCP postoperatorias (1,3%) con litiasis VBP residual en 14 enfermos (1%).

El valor predictivo positivo de los criterios de sospecha de litiasis de VBP ha sido: colangitis 91%, ictericia 72%, pancreatitis aguda 32%, elevación de PFH 59%, dilatación ecográfica de VBP 76% y litiasis ecográfica de VBP 79%.

La incidencia total de litiasis de VBP ha sido de 131 casos (9,7%), diagnosticándose 105 (80%) en el preoperatorio, 15 en la intervención y 11 en el postoperatorio.

El número de litiasis VBP diagnosticado por año ha sido: 1992: 0, 1993: 5, 1996: 15, 1997: 9, 1998: 10, 1999: 12, 2000: 17, 2001: 38.

CONCLUSIONES: La incidencia total de litiasis de VBP de casi 10% es similar a la era pre-laparoscópica, diagnosticando la gran mayoría en fase preoperatoria. El número de casos de litiasis VBP ha ido aumentando progresivamente a lo largo del período de estudio.

La incidencia de litiasis residual ha sido del 1%.

No ha habido éxitos, ni complicaciones graves en relación con la ERCP en esta serie. Sin embargo el 38% de las ERCP no han sido terapéuticas.

Los mejores criterios de sospecha de litiasis de VBP han sido en nuestra experiencia: colangitis, litiasis y dilatación ecográfica de VBP e ictericia.

PÓSTERS (01 a 25)

EL ANTÍGENO HLA-B14 ESTÁ ASOCIADO A LA SUSCEPTIBILIDAD DE DESARROLLAR COLITIS ULCEROSA

J.L. Fdez.-Morera, L. Rodrigo, A. López-Vázquez, P. Niño, S. Rodríguez-Rodero, J. Martínez-Borra, D. Fuentes, V. Cadahía, S. González, R. Tojo, C. López-Larrea
Servicios de Inmunología y Digestivo, Hospital Central de Asturias, Oviedo

Numerosos estudios realizados humanos confirman la existencia de diferentes loci del MHC en la predisposición a desarrollar colitis ulcerosa.

El objetivo de nuestro estudio es buscar nuevos marcadores de esta enfermedad en la región MHC.

Se seleccionaron 55 pacientes en el Servicio de Digestivo, del Hospital Central de Asturias, diagnosticados de colitis ulcerosa por medios clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos. También se seleccionaron 668 controles sanos no relacionados pertenecientes a la población asturiana. Fueron tipados para HLA-B (MHC clase I) y HLA-DR (MHC clase II) por medio de PCR SSO (DYNAL RELI™SSO HLA-DRB typing kit y DYNAL RELI™SSO HLA-B typing kit)

Se observó un aumento significativo de la prevalencia del antígeno HLA-B14 en pacientes con colitis ulcerosa en relación a la población control ($\chi^2= 24,63$; $pc=0.00017$, Odds Ratio=4,5) Se observó una disminución de la prevalencia del antígeno HLA-B44, aunque sin alcanzar significación estadística. No se observaron otras asociaciones entre antígenos HLA-B y DR con la enfermedad. Se apreció una alta conservación del haplotipo B14/DR1 en la población afectada de colitis ulcerosa.

PÓSTERS (01 a 25)

ANTI-TNF Y ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE: NUESTRA EXPERIENCIA ACTUAL EN 70 PACIENTES

J.M. Pérez-Pariente, P. Niño, R. de Francisco, D. Fuentes, M^a. Moreno, E. González-Ballina, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombraña y L. Rodrigo
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo

OBJETIVOS: Valorar la eficacia y tolerancia clínica del tratamiento con anti-TNF en una serie de 70 pacientes consecutivos con enfermedad de Crohn fistulizante, tratados en un Servicio de Aparato Digestivo de un Hospital General.

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde marzo de 1999 hasta diciembre de 2001 se han tratado un total de 70 pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante (39 hombres y 31 mujeres), con una edad de 36 ± 13.5 años (rango 17-72). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 7.6 ± 6 años. La extensión de la enfermedad fue ileo-cecal en 24 casos (34%), colónica en 9 (13%) e ileo-cólica en 37 (53%). El promedio de fístulas por paciente era de 2 ± 1.2 (rango 1-6). Su localización fue perianal en 58 pacientes (83%) y enterocutánea en 12 (17%); 3 pacientes presentaban además fístulas enterovesicales y 4 fístulas enterovaginales asociadas. El tiempo medio de evolución de las fístulas hasta el momento de tratamiento era de 2.3 ± 2.5 años (rango 1-10). Todos los pacientes estaban siendo tratados con azatioprina a la dosis de 2.5 mg/kg/día, durante más de tres meses y habían recibido antibióticos previamente. En todos los casos se administro Infliximab (Remicade) a la dosis de 5 mg/Kg de peso en 3 dosis separadas (semanas 0-2-6). Se consideró respuesta parcial, el cierre de al menos el 50% de las fístulas, y respuesta completa, el cierre de la totalidad de las fístulas, evaluado a las cuatro semanas de finalizado el tratamiento

RESULTADOS: Observamos respuesta parcial en (40/70), el 57.1% de los pacientes presentándose ésta en la semana 2.3 ± 1 . La respuesta fue completa en (30/70), el 44.3% de los casos y se produjo en la semana 2.5 ± 1 . La incidencia de efectos secundarios fue de un 20% siendo en su mayoría leves (cefaleas, mareos, sequedad de boca, náuseas, etc...), destacando no obstante un caso de TBC pulmonar activa y un caso de neumonía de la comunidad (ambas con buena respuesta al tratamiento), así como 3 abscesos (2 perianales y 1 abdominal) que precisaron realización de un drenaje quirúrgico.

CONCLUSIONES: El anti-TNF demuestra tener en la practica clínica una elevada eficacia en el cierre de fístulas en pacientes con E. Crohn, siendo superponibles los resultados obtenidos a los publicados en estudios controlados previamente. Su tolerancia es buena, siendo escasos y leves por lo general los efectos adversos observados.

PÓSTERS (01 a 25)

EL ALELO MICA-A5.1 ESTÁ ASOCIADO CON LAS FORMAS ATÍPICAS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LOS PACIENTES DQ2 NEGATIVOS

Antonio López-Vázquez, Luis Rodrigo, Dolores Fuentes, Carlos Bousoño, Jesús Martínez-Borra, Valle Cadahía, Rafael Tojo, Segundo González, Carlos López-Larrea
Servicios de Inmunología, Digestivo y Pediatría, Hospital Central de Asturias, Oviedo

Es un hecho bien conocido que la enfermedad celíaca se presenta fundamentalmente en individuos HLA-DQ2 positivos en un porcentaje muy elevado que se sitúa en torno al 95% de los casos.

Para el presente estudio, seleccionamos un total de 38 pacientes con enfermedad celíaca todos ellos HLA-DQ2 (DQA1*0501/DQB1*0201) negativos, de un grupo total de 316 pacientes consecutivos con enfermedad celíaca, y los comparamos con 91 controles sanos donantes de sangre. En los pacientes con enfermedad celíaca estudiamos la distribución de los alelos clásicamente asociados con el genotipo HLA-DQ2, como son el HLA-DQ8 y HLA-DRB4. También estudiamos la distribución de los alelos transmembrana del gen MICA (MHC Class I Chain-Related Gene A) tanto en pacientes con formas clásicas de la enfermedad (18) como en pacientes con formas atípicas (20).

La edad media al diagnóstico de los pacientes con enfermedad celíaca clásica fue significativamente menor (10 ± 6.7 años) que la de los pacientes con formas atípicas de celíaca (20 ± 10.6 años) ($p < 0.01$) y ello se debe a que al presentar síntomas inespecíficos preferentemente extra-digestivos se retrasa el diagnóstico durante varios años

No encontramos diferencias en la distribución del alelo DRB4 entre los enfermos HLA-DQ2 negativos y los controles. El heterodímero DQ8 (DQA1*03xx/DQB1*0302) estaba incrementado en el grupo de pacientes celíacos (29%) comparado con el grupo control (10%). Sin embargo las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias al comparar ambos grupos de enfermos.

MICA-A5.1 estaba incrementado en los pacientes celíacos atípicos cuando los comparamos con las formas clásicas de la enfermedad ($P_c = 0.03$) y con el grupo de controles sanos ($P_c = 0.002$). No se encontraron otros alelos del MICA que estuviesen aumentados en los grupos estudiados. La presencia de MICA-A5.1 en los enfermos celíacos DQ2 negativos con formas atípicas de la enfermedad podría indicar un posible papel de este alelo en el desarrollo de la enfermedad celíaca.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL EMPLEO DE DOSIS DE INDUCCIÓN DE INTERFERÓN ALFA-2B CON RIBAVIRINA, FRENTE AL TRATAMIENTO COMBINADO ESTANDAR, EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS C, NO TRATADOS PREVIAMENTE

M. Jiménez, R. Pérez, J. Crespo, M. Diago, J. Enríquez, P. Vaquer, R. Solá, J.L. Olcoz, M. Romero, J. Salmerón, M^ªT. Blanco, M^ª Oña, S. Melón, L. Rodrigo, Grupo Inter-Hospitalario Español.
Estudio INDOS

OBJETIVO: Comparar la eficacia y efectos secundarios del empleo de dosis de inducción de IFN- α 2b junto con ribavirina frente al tratamiento combinado estandar, en pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC)

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre Marzo de 1.998 y Septiembre de 2.001, se llevó a cabo un estudio prospectivo, en el que intervinieron 84 hospitales españoles y se incluyeron un total de 614 pacientes diagnosticados de hepatitis crónica por virus C, no tratados previamente con edades comprendidas entre los 18-65 años, sin cirrosis ni coinfección por otros virus y se dividieron en dos brazos: Grupo A (n= 304) : Tratamiento de inducción con dosis diaria de 5 MU de IFN- α 2b durante un mes seguido de 5MU tres veces por semana más ribavirina (800-1.200 mg/día, según peso) hasta completar un año. Grupo B (n= 310): Dosis estandar de IFN- α 2b de 3MU tres veces por semana durante 12 meses junto con ribavirina (800-1.200 mg/día, según peso). Ambos grupos fueron totalmente comparables en cuanto a edad, niveles de transaminasas, genotipo, carga viral y actividad inflamatoria hepática (índice de Knodell)

Se recogieron muestras basales de suero para la determinación del genotipo y la carga viral se determinó a los meses 0,1,3,6,12 y 18. La eficacia del tratamiento se valoró mediante la respuesta viral sostenida (RVS) con negativización persistente de la PCR-VHC al final del período de seguimiento (Mes 18)

RESULTADOS: La respuesta viral al mes 1 fue superior en el grupo A (49.6%) frente al B (34.5%) ($p=0.002$), que se mantuvo hasta el tercer mes, siendo del (64.1%) en el grupo A, frente al (55.8%) del grupo B ($p=0.03$). Estas diferencias desaparecieron a partir del mes 6, siendo en el grupo A del (69%) frente al grupo B (65%) (NS), al mes 12 fueron en el grupo A (50.6%) frente al grupo B (47.4%)(NS) y al mes 18 del (43%) en el grupo A, frente al (40%) en el grupo B (NS). La respuesta viral sostenida global fue del 41.5%.

De los pacientes que presentaron una RVS, un 68.5% negativizaron la PCR-VHC al primer mes, un 26.4% al tercer mes y un 5.1% al sexto mes, con diferencias entre ellos ($p<0.001$). Mantuvieron la respuesta un 67% de los pacientes que respondieron al primer mes, un 50% de los que respondieron al tercer mes y un 30% de los que negativizaron su carga viral al sexto mes.

Analizando la respuesta al tratamiento en función del genotipo y carga viral, encontramos que el tratamiento de inducción fue ligeramente superior en los pacientes con genotipo 1 y carga viral elevada ($>2 \times 10^6$ copias/ml) con un porcentaje del 40.1% frente a un 28.6% con el tratamiento estandar ($p<0.05$).

No obstante, esta ligera mejoría obtenida con el tratamiento de inducción se consiguió a expensas de un mayor porcentaje de abandonos frente al tratamiento estándar (5.4% - 2.2%, $p<0.01$) ; incidencia global de efectos secundarios (48.5 - 36.7%, $p<0.05$) así como mayor porcentaje de neutropenia (3.1%-0.9%, $p<0.05$)

CONCLUSIONES: 1.- El tratamiento de inducción aunque presenta una mejor respuesta inicial, ésta no se mantiene al final del tratamiento y no mejora los resultados obtenidos con el tratamiento estándar.

2.- Aunque parece que los pacientes con genotipo 1 y carga viral elevada presentan una mejor respuesta con el tratamiento de inducción, ello está gravado con un mayor porcentaje de abandonos y efectos secundarios.

3.- Por todo ello, no parece aconsejable la utilización del tratamiento de inducción en la actualidad.

PÓSTERS (01 a 25)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PROSPECTIVO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL ÁREA DE OVIEDO

Valle Cadahía, Rafael Tojo, Sabino Riestra, Pilar Niño, Dolores Fuentes, Enrique González-Ballina, María Moreno, J.M. Pérez-Pariente, Ruth de Francisco, J.L. Sánchez-Lombraña, Luis Rodrigo
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo

OBJETIVOS: Conocer la incidencia de la EII en un área de 375.000 habitantes en Oviedo (Asturias)

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo en población general (niños y adultos) durante dos años consecutivos (Enero 2.000-Enero 2.002) incluyendo todos los casos nuevos de EII diagnosticados en nuestra área

RESULTADOS: Se registraron un total de 85 casos. Ello representa una incidencia media anual de 11.3 casos por 10⁵ habitantes (IC-95%, 10.3-12.4). De ellos 46 casos fueron de CU y 38 casos de EC. Ello respresenta una incidencia media anual de 6.1 casos por 10⁵ para CU (IC-95%, 3.6-7.6) y de 5.1 casos por 10⁵ para la EC (IC-95%, 2.8-7.3), con una proporción de 1.2/ 1 casos entre CU y EC. Encontramos solo un caso de colitis indeterminada.

La edad media de los pacientes con EII fue de 39 ± 18 años, siendo mayor para los pacientes con CU (45 ± 20 años) que para los pacientes con EC (33 ± 15 años) (p<0.05). No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo o edad de comienzo y aunque los pacientes con EC eran más jóvenes que los de CU, no se encontraron diferencias por intervalos de edad entre ambas enfermedades

El porcentaje total de fumadores fue del 28%, siendo menor para los pacientes con CU (11%) que para la EC (47%) (p<0.001). Cuarenta y cinco por ciento de los pacientes con EII presentaban el antecedente de padre/madre emigrante en la zona, con diferencias para ambos procesos, siendo este antecedente más frecuente en pacientes con CU (60%) que con EC (31%) (p<0.05).

No se encontraron diferencias en los valores de los reactantes de fase aguda, excepto para el orosomucoide, que fue menor en los pacientes con CU (123 ± 61) comparado con los pacientes de EC (168 ± 75) (p<0.005)

La CU estaba localizada en el 63% de los casos, era extensa en el 13% y 24% presentaban pancolitis. En la EC predominaba la forma ileo-cecal (47%), seguida de las formas colónicas (29%) y de las ileo-cólicas (24%). El 61% de los pacientes con EC presentaban un patrón inflamatorio puro, seguido por las formas estenosantes en un 31% y el 8% tenían fístulas asociadas.

Presentaban artralgias un 15% de los pacientes con EII y manifestaciones cutáneas un 6%, sin diferencias entre ambas enfermedades

CONCLUSIONES: La EII en nuestro medio tiene una incidencia similar a la de otras regiones españolas y algo superior a la encontrada en estudios retrospectivos. En el presente estudio se confirma la tendencia mostrada en estudios previos que muestran una disminución del gradiente Norte-Sur de la EII en las últimas décadas.

La EII afecta por igual ambos sexos y predomina en pacientes jóvenes y en edades medias de la vida.

Un comienzo de edad más joven, una mayor proporción de fumadores y una mayor intensidad del proceso inflamatorio se observa en pacientes con EC al compararlos con los de CU

PÓSTERS (01 a 25)

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE LA COLELITIASIS NO COMPLICADA ASOCIADA CON REPARACIÓN DE LA ERGE EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO

Dres. F. Pozo, F. Giganto, L. Rodrigo

Servicio de Cirugía General. Hospital Murias. Mieres

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: El objetivo principal del presente estudio fue la valoración de la eficacia de la cirugía laparoscópica combinada de la colelitiasis no complicada y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes con bajo riesgo quirúrgico.

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde Febrero de 1991 hasta Diciembre de 2001, se realizaron de forma prospectiva un total de 582 colecistectomías mediante cirugía laparoscópica, se incluyeron un total de 380 pacientes todos ellos menores de 75 años, de los grados ASA I y II, que fueron divididos en dos grupos. Grupo A (n =331) : Colelitiasis no complicada (colecistectomía sola) y Grupo B (n= 49) : Colelitiasis no complicada y ERGE (Colecistectomía combinada con funduplicatura tipo Toupet en todos los casos). Se recogieron de forma prospectiva los datos demográficos y clínicos, incidencias peroperatorias y complicaciones postintervención y se compararon los resultados obtenidos entre ambos grupos de tratamiento. Los resultados de la cirugía del reflujo (grupo B) se valoraron a los 6 meses de la misma mediante la realización de pH-metría de 24 horas.

RESULTADOS: En el grupo sometido a cirugía combinada (grupo B) los pacientes eran más obesos y de mayor edad ($p < 0,05$) que en el grupo de colecistectomía sola (grupo A). Pese a ello, no encontramos diferencias significativas en el porcentaje observado de incidencias peroperatorias y complicaciones postoperatorias entre ambos grupos. Tan solo se encontraron diferencias significativas respecto a la duración de la intervención: 48 ± 25 (10-150) en el grupo A vs 112 ± 23 (80-180) minutos en el grupo B ($p < 0,001$), así como en el tiempo de vuelta a la actividad cotidiana normal $5,8 \pm 0,9$ vs $6,5 \pm 1$ días en el grupo B ($p < 0,001$). En este último grupo se observó una normalización de los valores de pH-metría de 24 horas en todos los casos al sexto mes y ausencia de síntomas asociados de reflujo.

CONCLUSIONES: En pacientes de bajo riesgo quirúrgico con colelitiasis simple (no complicada) y ERGE, ambas patologías pueden solucionarse en el mismo acto quirúrgico por vía laparoscópica sin aumentar riesgos, ni complicaciones postoperatorias.

PÓSTERS (01 a 25)

PATRÓN PUNTEADO MÚLTIPLE DE LOS ANAS (MND) Y ANTICUERPOS ANTI-SP100 EN HEPATOPATÍAS COLESTÁSICAS

V. Cadahía, P. Muratori, R. Tojo, L. Muratori, E. González-Ballina, F. Cassani, M. Moreno, A. Linares, M. Rodríguez, F. Bianchi, L. Rodrigo
Servicios de Aparato Digestivo y Medicina Interna
Hospital Central de Asturias. Oviedo y Policlínico Santa Orsola. Bolonia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Dentro del espectro de la reactividad de los anticuerpos antinucleares, el Sp100 es el principal antígeno relacionado con la presencia del llamado patrón punteado múltiple (MND), que se detecta principalmente en pacientes afectos de cirrosis biliar primaria (CBP)

En el presente estudio analizamos la prevalencia y el significado diagnóstico de la presencia del patrón MND de los ANA y la reactividad del anti-Sp100 en una serie de pacientes con enfermedades hepáticas y del colágeno, así como la sensibilidad y el significado clínico

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudiamos un total de 577 pacientes distribuidos de acuerdo con los siguientes diagnósticos : 89 casos de CBP, 12 casos de CEP, 120 casos de HAI tipo 1, 32 casos de HAI tipo 2, 296 casos de hepatitis crónica por virus C y 32 pacientes con enfermedades del colágeno. El patrón MND se observó por inmunofluorescencia indirecta sobre células Hep-2. Los anticuerpos anti-Sp100 fueron determinados mediante un Elisa comercial, utilizando un Sp100 recombinante

RESULTADOS: El patrón MND se observó en 28 pacientes, de los cuales 20 presentaban enfermedades hepáticas y los 8 restantes presentaban colagenosis. Los anti-SP100 fueron positivos en el 85% de los pacientes con patrón MND que presentaban hepatopatías, pero sólo en el 25% de los pacientes con conectivopatías ($p < 0.01$). Los anti-Sp100 fueron positivos en el 18% de los pacientes con CBP y su presencia se correlacionó con una edad más avanzada y con niveles más elevados de gammaglobulina

CONCLUSIONES: Nuestros resultados sugieren que la diana antigénica de los ANAs con patrón MND en las conectivopatías es diferente al Sp100. Los anticuerpos anti-Sp100 constituyen un marcador serológico más sensible que los ANAs tipo MND en pacientes con CBP y su presencia se correlaciona con la existencia de una enfermedad más avanzada

ANEMIA HEMOLÍTICA SEVERA Y FALLO HEPÁTICO FULMINANTE TRATADO MEDIANTE TRASPLANTE EN PACIENTE TRATADA PREVIAMENTE CON NIMESULIDA

Dres. Ruth de Francisco, J.M. Pérez-Pariente, Manuel Rodríguez, Valle Cadahía, Rafael Tojo,

M^a Isabel Lucena, Raúl J. Andrade, Luis Rodrigo

Servicios de Aparato Digestivo y Farmacología Clínica

Hospital Central de Asturias. Oviedo. Hospital Clínico. Málaga

INTRODUCCIÓN: La Nimesulida es un AINE potente, que actúa inhibiendo preferentemente la COX-2 y ha sido implicada en varios casos de hepatotoxicidad e insuficiencia hepática aguda.

CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años, con una historia de prurito persistente de 3 semanas de duración, náuseas, vómitos, orinas colúricas e ictericia. Estaba recibiendo tratamiento con Nimesulida a la dosis de 100 mg. dos veces al día desde hacía 7 meses, para tratamiento sintomático de una osteoartritis. La administración del fármaco fue suspendida el primer día de su ingreso en el hospital y la paciente no refería factores de riesgo para hepatitis vírica, no era bebedora y no tomaba ninguna otra medicación ni productos derivados de hierbas. A la exploración se trataba de una paciente obesa, con ictericia intensa, sin rasgos de hepatopatía crónica. No se palpaban hígado ni bazo. Los análisis dieron los siguientes resultados: Bilirrubina total 33.9 mg/dl (normal < 1.2); Bilirrubina directa 24 mg/dl (normal < 0.71); AST 240 UI/L (normal < 31 UI/L), ALT 143 UI/L (normal < 31) ; γ -glutamil-transpeptidasa (γ -GT) 565 IU/L (normal < 50) ; Fosfatasa Alcalina (FA), 1099 IU/L (normal < 280). El recuento de plaquetas fue de 129×10^9 /L. Los marcadores virales fueron negativos. Únicamente presentó unos AMA (+), a título bajo (1/80). Una ecografía y TAC abdominal no mostraron alteraciones hepato-bilio-pancreáticas. Se realizó una biopsia hepática al 8º día de hospitalización que mostró un marcado colapso, con puentes de necrosis e intenso infiltrado inflamatorio lobulillar junto con células gigantes y formación de rosetas.

Poco después de su ingreso la paciente desarrolló un cuadro de anemia severa, sin evidencia de sangrado. Una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia fueron normales. Los valores de la LDH se elevaron por encima de las 1000 UI/L y los niveles de haptoglobina se mantuvieron siempre por debajo de los 5mg/dl, confirmando el diagnóstico de anemia hemolítica. El aspirado de médula ósea, la prueba de Donath-Landsteiner y los test de Coombs directo e indirecto, fueron todos negativos. Los estudios de sensibilización de los linfocitos frente a Nimesulida realizados en sangre y orina, fueron negativos. La paciente presentó anemia importante y trastornos importantes de la coagulación por lo que recibió múltiples transfusiones de concentrados de hemáties y plasma fresco para tratar de mantener los niveles de hemoglobina y parámetro de coagulación dentro de límites normales. Fue también tratada con esteroides a dosis altas y se realizaron varias plasmaféresis sin observar mejoría en el cuadro de anemia hemolítica que presentaba.

Pocos días después la función hepática comenzó a deteriorarse progresivamente con aumento importante de la bilirrubina tanto directa como indirecta. Veintitrés días después de su ingreso presentó encefalopatía hepática y recibió un trasplante hepático el día 25. Veinte meses después la paciente se encuentra totalmente recuperada y la anemia hemolítica desapareció por completo al cabo de 2-3 meses después del trasplante

RESUMEN: Presentamos el caso de una paciente con fallo hepático fulminante asociada con anemia hemolítica severa asociada, complicación esta última no descrita hasta ahora.

PÓSTERS (01 a 25)

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR CARCINOIDE DE COLON TRANSVERSO

M. Díaz del Río Botas, J.A. Abril Banet, M. Correa Cabana, A. Rey Seijo, L. Costas Marcos, A. De la Cruz Mera

Servicios de Cirugía y Anatomía Patológica. Hospital Naval de Ferrol

Se presenta el caso de un varón de 41 años de edad sin antecedentes de interés que ingresa por dolor y distensión abdominal.

Etiquetado inicialmente de plastrón epigástrico secundario a perforación gastroduodenal encubierta, evoluciona desfavorablemente hacia obstrucción intestinal.

Se practica hemicolectomía derecha por tumoración estenosante de gran tamaño situada en colon transversal, siendo informado el estudio histopatológico de “Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado”.

La Gammagrafía con 111-In Pentetretrida (Octreoscan) no evidencia acúmulos patológicos y se objetivan valores normales de 5-Hidroxiindolacético en orina de 24 horas. La evolución es favorable, permaneciendo asintomático a los 9 meses de seguimiento sin haber presentado Síndrome Carcinoide.

Se exponen los datos clínicos, exploratorios, los hallazgos intraoperatorios y el estudio de la pieza. Se hace hincapié tanto en la presentación atípica del tumor carcinoide en forma de perforación encubierta (plastrón epigástrico) y posteriormente obstrucción intestinal como de su infrecuente localización en colon transversal.

PÓSTERS (01 a 25)

MICROBIOLOGÍA DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS

J.A. Álvarez Pérez, R.F. Baldonado Cernuda, J.J. González González, I. García Bear, L. Sanz Álvarez, J.I. Rodríguez García, P. Álvarez Martínez, J.I. Jorge Barreiro, A. Suárez Solís

Hospitales: San Agustín (Avilés), Central (Oviedo), Jarrio (Coaña)

INTRODUCCIÓN: La microbiología de los abscesos hepáticos piógenos ha sufrido cambios en los últimos años, debido a diversos avances diagnósticos y terapéuticos. Es nuestro objetivo el estudiar las características bacteriológicas de los pacientes con abscesos hepáticos piógenos y analizar sus variaciones a lo largo del período de estudio.

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre enero-85 y diciembre-97 y mediante un estudio multicéntrico (5 hospitales), se identificaron 133 pacientes diagnosticados de absceso hepático piógeno. Sesenta y tres (47.4%) fueron tratados con métodos percutáneos (12 mediante punción aspiración y 51 por catéter drenaje), 45 (33.9%) mediante drenaje quirúrgico y los 25 restantes (18.8%) recibieron exclusivamente antibióticos. El estudio bacteriológico fue realizado mediante hemocultivos y cultivos del exudado del absceso. Por lo común, se obtuvieron 3 hemocultivos de cada paciente, manteniendo parte de los mismos en anaerobiosis. En el pus obtenido tras punción o tras drenaje quirúrgico, se realizó tinción de Gram y una posterior siembra para cultivos de aerobios y anaerobios. Se consideró flora mixta cuando coexistieron aerobios y anaerobios e infección polimicrobiana cuando en los cultivos se aisló más de un germen, fuese aerobio o anaerobio.

RESULTADOS: El número de pacientes con germen causal identificado fue de 96 (72.2%). De los 90 (67.7%) hemocultivos practicados, fueron positivos 51 (56.7%). Igualmente, entre los 98 (73.7%) cultivos de pus realizados, fueron positivos 84 (85.7%). En 35 enfermos (26.2%) el resultado de los hemocultivos y del cultivo de exudado fue idéntico y en 5 se aislaron gérmenes adicionales. La infección polimicrobiana en los cultivos de pus se halló en 34 casos (40.5%). La tasa de aerobios, anaerobios y flora mixta, en hemocultivos y cultivos de pus positivos, fueron 84.4%, 11.7%, 3.9% y 70.3%, 10.7% y 19%, respectivamente. Los gérmenes más aislados fueron los aerobios Gram-negativos, 90 casos (45.2%), sobre todo, *E. coli*-32 casos, seguidos de los aerobios Gram-positivos, 73 (36.7%), en especial, *Streptococcus milleri*-21 casos. Los aerobios predominaron en casi todas las formas etiopatogénicas. En la primera mitad del estudio, los anaerobios prevalecieron sobre los aerobios (46.7% vs. 53.3%), mientras que en la segunda mitad, los aerobios fueron los más comunes (83.3% vs. 16.7%, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES:

- Se observó un porcentaje considerable de pacientes con germen identificado.
- La infección monomicrobiana fue predominante.
- Los gérmenes más identificados, en cultivos de sangre y pus, y en casi todas las formas etiopatogénicas, fueron los Gram-negativos, sobre todo *E. coli*, seguidos de Gram-positivos, como *S. milleri*.
- Se constató un descenso de la tasa de anaerobios en la segunda mitad del estudio.

PÓSTERS (01 a 25)

TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS DE ESTENOSIS MALIGNAS DEL TRACTO GASTRODUODENAL

E. Santos, L. López Rosés, A. González, A. Lancho, S. Soto, B. Urraca, S. Avila
Hospital Xeral. Lugo

INTRODUCCIÓN: Las prótesis autoexpandibles constituyen una opción terapéutica válida frente a la cirugía en el manejo de estenosis tumorales del tracto digestivo. Comunicamos la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento mediante prótesis de estenosis malignas del tracto digestivo superior, excluyendo las esofágicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo desde julio 1998 hasta mayo 2002, de todas las prótesis colocadas como tratamiento de estenosis esofágicas y cardiales. Tipo de prótesis: Wallstent enteral. Tipo de endoscopio empleado: Duodenoscopio terapéutico, de canal de trabajo de 4,2 mm. Control radioscópico. Número de pacientes: 9 estenosis duodenales secundarias a 3 ca de páncreas; 1 ca de vesícula y 3 colangioca. 1 estenosis de asa aferente por recidiva de ca gástrico.

RESULTADOS: Resolución de la estenosis con reiniciación de alimentación oral en 100% de los casos. Complicaciones: Una malposición que requirió colocar una 2ª prótesis coaxialmente.

COMENTARIOS: La colocación de prótesis metálicas en duodeno es un procedimiento técnicamente sencillo si se emplean prótesis a través del canal de trabajo de endoscopio. Los resultados funcionales son buenos. Deben realizarse una buena selección de los pacientes excluyendo los casos terminales.

PÓSTERS (01 a 25)

INVAGINACIÓN APENDICULAR

C. Aba, V. Álvarez, J.L. Ulla, D. Carpio, B. López Viedma, L. Ledo, J. Vázquez-Sanluis, E. Vázquez-Astray
Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

INTRODUCCIÓN: La invaginación apendicular es una patología poco frecuente. Su diagnóstico suele ser intraoperatorio ya que cursa en muchos casos con clínica de apendicitis aguda u obstrucción intestinal. Si bien su hallazgo endoscópico es excepcional, su diagnóstico correcto es decisivo por las implicaciones terapéuticas que éste conlleva.

CASO CLÍNICO: Varón de 67 años con antecedentes de EPOC, es ingresado por cuadro de dolor abdominal, náuseas y fiebre de 4 días de evolución. La exploración física revela dolor a la palpación en FID-vacío derecho, sin peritonismo ni otros datos de interés. La analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda, la RX signos de probable suboclusión intestinal, la Ecografía abdominal engrosamiento de un asa de intestino grueso y la TAC líquido libre en pelvis menor e íleo reflejo. Se trató con medidas conservadoras (reposo digestivo y antibioterapia empírica) y tras mejoría clínica fue dado de alta sin establecer un diagnóstico definitivo. Al cabo de un mes el paciente fue remitido al Servicio de Digestivo para realizar colonoscopia ambulatoria.

RESULTADOS: La colonoscopia demostró la existencia en ciego de una lesión polipoide, con un orificio central y mucosa de aspecto conservado aunque enrojecida, sospechándose la existencia de invaginación apendicular o lesión submucosa. Ante estos hallazgos se indicó intervención quirúrgica, comprobándose la existencia de una invaginación apendicular producida por una tumoración en su base. El estudio de la pieza reveló la existencia de un cistoadenoma mucinoso.

CONCLUSIONES: La invaginación apendicular es una patología muy poco frecuente siendo excepcional en adultos. Su diagnóstico no suele ser endoscópico aunque todo endoscopista debe reconocerla evitando así la exéresis endoscópica con perforación y peritonitis yatrogénica secundaria y orientando adecuadamente su tratamiento. Este debe ser quirúrgico ya que suele estar producida por procesos patológicos subyacentes, siendo frecuentes las neoplasias, y tienden a recaer originando cuadros como apendicitis u obstrucción intestinal graves si no se realiza tratamiento quirúrgico adecuado.

PÓSTERS (01 a 25)

CARCINOMA DE PÁNCREAS ASOCIADO A PSEUDOQUISTE PANCRÉÁTICO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Rey Simó, M. Juaneda, J.A. Moreno, A. Armada; G. Amigo, P. De Llano, F. Sánchez González
Servicio de Cirugía General, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Urgencias Hospital USP-Santa Teresa. A Coruña, Servicio de Cirugía General "A.C.H. Juan Canalejo. A Coruña.

Presentamos el caso clínico de una rara asociación entre Pseudoquiste de páncreas y Adenocarcinoma pancreático coexistiendo en la misma paciente.

Se trata de una mujer de 79 años de edad, con antecedentes de colecistectomía y papilotomía, absceso hepático resuelto con antibioterapia parenteral y hallazgo incidental de pseudoquiste pancreático en 1990, sin historia de pancreatitis previa, que precisó durante el año en curso ingreso hospitalario por cuadro de fiebre séptica que tras los estudios de imagen realizados se relaciona con posible abscesificación de infarto esplénico secundario a compresión del bazo por su previamente conocido pseudoquiste de páncreas, infección del propio pseudoquiste o crisis de colangitis, por lo que es derivada al Servicio de Cirugía.

Intervenida de forma electiva se observa gran pseudoquiste de cola de páncreas que efectivamente comprime las estructuras vasculares del hilio esplénico produciendo áreas de isquemia del bazo pero sin evidencia de abscesificación. Se realiza pancreatectomía distal junto con esplenectomía. El estudio de anatomía patológica confirma la existencia del pseudoquiste añadiendo la insospechada presencia de un carcinoma pancreático adyacente al mismo.

Se expone el caso y se realiza revisión bibliográfica (Medline, Cochrane, etc.) en busca de antecedentes publicados previamente sobre esta asociación, por si hubiese alguna relación etiológica entre ambas.

PÓSTERS (01 a 25)

INFLAMACIÓN AGUDA DE LA MUCOSA CARDIAL (CARDITIS) ¿DEBEMOS INHIBIR EL ÁCIDO O ERRADICAR A HELICOBACTER PYLORI?

M.L. De Castro, C. Fachal, F. Domínguez, J.A. Hermo, J.R. Pineda, J. Clofent,
Servicios de Aparato Digestivo y Anatomía Patológica. Hospital Meixoeiro, Vigo

OBJETIVOS: Algunos autores consideran que la mucosa cardinal puede mostrar cambios inflamatorios ante una exposición ácida excesiva, de manera precoz. Se pretende estudiar si la presencia de cambios inflamatorios agudos en la mucosa del cardias (carditis) se relaciona con la presencia de Enfermedad por Reflujo GastroEsofágico (ERGE).

MATERIAL Y MÉTODOS: En 56 pacientes remitidos para realizar una endoscopia alta se determinó la existencia de carditis (infiltración de la lámina propia por neutrófilos y/o eosinófilos). El diagnóstico de ERGE fue establecido ante la presencia de síntomas típicos y/o lesiones endoscópicas o histológicas en el esófago distal y/o valores superiores a 4% en el tiempo total de exposición ácida en el esófago distal tras realización de una pmetría de 24 horas. La presencia de *Helicobacter pylori* fue determinada mediante el análisis histológico de las muestras del cardias.

RESULTADOS: 35 pacientes presentaron carditis (62,5%). No existieron diferencias respecto a la edad o el sexo entre los sujetos con y sin inflamación aguda cardinal. No se encontró ninguna asociación entre presencia de inflamación aguda cardinal y ERGE, tanto en la valoración clínica, endoscópica, histológica o mediante pmetría. Empleando esta prueba, los sujetos con carditis no diferían respecto a su positividad ni tampoco a los valores absolutos de exposición ácida, de aquellos pacientes sin carditis. La presencia de *Helicobacter pylori* en la mucosa del cardias se relacionó significativamente con la existencia de inflamación aguda en esta localización ($p=0,006$).

CONCLUSIONES: La existencia de cambios inflamatorios agudos en la mucosa cardinal (carditis) no se relaciona con ERGE.

La detección de *Helicobacter pylori* en las muestras de cardias se asoció significativamente con la presencia de inflamación aguda en esta misma localización.

PÓSTERS (01 a 25)

TUMORES MALIGNOS DIAGNOSTICADOS POR ENDOSCOPIA EN 1999-2000

E. Montero López, A. Serantes Pombo

Fundación Pública Hospital da Barbanza

INTRODUCCIÓN: Hemos realizado un estudio retrospectivo para determinar el número de tumores malignos, del tubo digestivo, detectados por endoscopia en los años 1999-2000.

MATERIAL Y MÉTODOS: En nuestro Centro, en los años 1999-2000, se realizaron 1.462 gastroscopias y 882 colonoscopias. Se revisaron los diagnósticos de neoplasias malignas y el sintoma principal de consulta.

RESULTADOS: Se detectaron: Adenocarcinoma moderadamente diferenciada de esófago, 6; Carcinoma de estómago, sin situ, 2; bien diferenciado de tipo intestinal, 8. Moderadamente diferenciado, 13. Células en anillo de sello, 7. Linfoma MALT, 1. Adenocarcinoma duodenal, 2. Tumores estromales duodenales, 1. Adenocarcinoma de recto, 28. Adenocarcinoma de sigma, 15. Adenocarcinoma en el resto de colon, 8. Pólipos colónicos con carcinoma in situ, 4.

CONCLUSIONES: En nuestro Centro 1999-2000 se realizaron 2.344 endoscopias (área poblacional 64.500 habitantes), se detectaron 95 neoplasias malignas del tubo digestivo. Aproximadamente se diagnosticó 1 neoplasia maligna a la semana.

PÓSTERS (01 a 25)

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA EN PACIENTE JOVEN

F. García Lorenzo, A. Higuero Grosso, G. Freiría Barreiro, M.H. Pardellas Rivera,

N. Cáceres Alvarado, A. Toscano Novella, M. Urgal González, P. Gil Gil

Complejo Hospitalario Xeral-Cíes. Vigo

INTRODUCCIÓN: La rectorragia indica generalmente la presencia de una hemorragia digestiva baja, aunque el 20% de las rectorragias importantes se deben a una hemorragia digestiva alta masiva. En pacientes jóvenes las causas más comunes de rectorragia son, por orden de frecuencia: divertículo de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos y poliposis.

OBJETIVO: Mostrar las dificultades existentes para el diagnóstico de lesiones localizadas en el intestino delgado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 28 años de edad, que ingresa por vía de urgencias por cuadro de rectorragia severa aguda con repercusión del estado hemodinámico.

Antecedentes de estudio previo por anemia y melenas, realizándosele pruebas que resultaron todas negativas: gastroscopia, tránsito intestinal, gammagrafía Tc99.

Al ingreso presenta importante anemia con Hgb de 6,8 g/dl y Hto de 21,7%, TA 80/?, No coagulopatía. Se le transfunde 2 unidades de concentrado de hematíes y se consigue estabilizarlo hemodinámicamente. Se realiza endoscopia alta y baja sin evidenciar lesión alguna que justifique la hemorragia. La arteriografía selectiva hecha de urgencia tampoco detecta lesión alguna.

Tras estabilizar al paciente se repite a las 24 horas la arteriografía hallándose una hipervascularización en arterias yeyunales con masa hipervascular en intestino delgado a partir de primeras ramas yeyunales. Se indica intervención urgente encontrándose tumoración en asa de yeyuno que abarca todo el espesor de la pared y con crecimiento vegetante intramural.

RESULTADO: La anatomía patológica resultó un leiomioma. El postoperatorio transcurrió sin alteraciones, no repitiendo la rectorragia.

CONCLUSIONES: La hemorragia digestiva de origen en intestino delgado presenta dificultades de diagnóstico por no ser accesible a la endoscopia y no existir una técnica de imagen específica.

La arteriografía tiene falsos negativos, que pueden estar en relación con el estado hemodinámico de estos pacientes en el momento de realizarse la prueba.

Una posibilidad de futuro podría ser el estudio mediante la cápsula con microcámara.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

IMPLICACIONES CLINICOPATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DEL CARCINOMA GÁSTRICO EN RELACIÓN A LA EDAD

R. Baldonado Cernuda, J.A. Álvarez Pérez, J.A. Suárez Solís, J.I. Rodríguez Alonso,
I. García Bear, J.I. Jorge Barreiro
Hospital San Agustín de Avilés

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico representa en nuestro entorno un importante problema sanitario. Mediante la revisión de nuestra experiencia en los últimos años se estudian y comparan las características clínicas, los aspectos terapéuticos y la supervivencia de tres grupos de pacientes con carcinoma gástrico, en relación a la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 212 pacientes con adenocarcinoma gástrico ingresados entre enero de 1988 y diciembre de 1998. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos de edad: A (<51 años), B (entre 51-70 años) y C (>70 años). Se valoró: sexo, enfermedades asociadas, tiempo de evolución clínica, localización, aspecto macroscópico, intervención, estadio TNM, morbi-mortalidad postoperatoria, estancia hospitalaria y supervivencia. En la comparación de los grupos se utilizó el test de la χ^2 ó el test exacto de Fisher y el test de la t de Student, las curvas de supervivencia se obtuvieron según el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: En los grupos A, B y C se encuadraron 13 (6,1%), 105 (49,5%) y 94 (44,3%) pacientes respectivamente. Al comparar los distintos grupos se observó un predominio de mujeres en el grupo C ($p=0,01$). Mayor número de enfermedades asociadas ($p=0,01$) y de Cardiopatía ($p=0,02$) en los grupos B y C. La presencia de anemia fue menor en el grupo B ($p=0,05$). El estadio T más avanzado fue más común el grupo A ($p=0,01$). Asimismo, hubo una mayor estancia postoperatoria del grupo C respecto al B ($p=0,01$). El resto de los variables estudiadas no presentó diferencias estadísticamente significativas, aunque se observó cierta tendencia hacia una resecabilidad menor en el grupo A.

CONCLUSIONES:

1. Mayor número de mujeres en el grupo de edad más avanzada.
2. Grado de invasión tumoral de la pared (T) más evolucionada en los pacientes más jóvenes.
3. Estancia hospitalaria más larga en los pacientes de edad más avanzada.
4. La edad no influyó en la supervivencia.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

FORMAS NEUROLÓGICA Y HEPÁTICA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN UNA MISMA FAMILIA

D. Fuentes, P. Niño, V. Cadahia, R. Tojo, A. López- Vázquez, S. González,
J. Martínez, C. López-Larrea y L. Rodrigo
Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCION: La enfermedad celíaca puede presentarse clínicamente de múltiples formas, con síntomas puramente digestivos (forma clásica) o con síntomas diversos tales como anemia ferropénica, dermatitis herpetiforme, hepatitis, tiroiditis autoinmune, etc... (formas no clásicas).

OBJETIVO: Presentamos dos casos de enfermedad celíaca, no clásicos, dentro de un estudio familiar (16 miembros en total: 8 hermanos, 4 hijos y 4 sobrinos). Todos los familiares estudiados fueron DQ2 (+).

Caso 1: Paciente de 58 años, diagnosticado desde hace 4 años de enfermedad celíaca en un Hospital Comarcal. Desde entonces a dieta sin gluten con evolución favorable. Es ingresado en nuestro Hospital para ser estudiado conjuntamente por los S^o de Digestivo y Neurología por presentar mioclonías en hemicuerpo dcho de reciente aparición. En el momento del ingreso el paciente presenta diarrea, con abdomen blando, depresible, no doloroso. Exploración neurológica: Fasciculaciones peribucales, disartria, bradicinesia generalizada más marcada en hemicuerpo derecho, fuerza conservada, reflejos vivos, reflejo cutáneo plantar indiferente, mioclonías reflejas en miembro inferior derecho. La analítica, incluidos los anticuerpos anti-gliadina y anti-endomisio, fué totalmente normal. Biopsia yeyunal: atrofia vellositaria. EEG: ritmo de base dentro de límites normales, no actividades patológicas durante el registro. RM Cerebral: sin datos patológicos de interés. SPECT cerebral con Tec 99: Se visualiza ligera hipoactividad temporal derecha, asimismo se observan discretas irregularidades en la perfusión a nivel parietal posterior de predominio derecho, con índices de cuantificación dentro de límites normales. Resto de pruebas diagnósticas normales. Diagnóstico final: Mioclonías corticales reflejas y síndrome apráxico relacionado con enfermedad celíaca de base, sin encontrarse patología orgánica a nivel cerebral subyacente. El paciente está actualmente a tratamiento con Rivotril, Nootropil, Hidroxil B1-B6-B12, Prednisona y Azatioprina; está pendiente de realizar plasmaféresis para tratar de mejorar la respuesta al tratamiento inmunosupresor.

Caso 2: Paciente de 44 años, hermana del anterior, que en el momento de ser vista por nosotros, estaba pendiente de pruebas para descartar hepatitis. En la historia clínica se refleja una anemia fluctuante de unos 2 años de evolución, sin astenia, malestar gástrico inespecífico y un hábito intestinal normal. Analítica en el momento del estudio: Hb11,5, Hcto 35,8, VCM 74,3, AST 77,8, ALT 110,5, Fosf alc: 82,7, GGT: 14,7, Hierro 32, Ac antigliadina y antiendomisio (+), DQ2 (+), resto de análisis normales, incluidos ac antivirales que fueron (-) En la biopsia duodenal se encontró atrofia vellositaria y en la hepática una hepatitis lobulillar con fibrosis residual. La paciente fue puesta a dieta sin gluten y a tratamiento con Prednisona, con una muy buena respuesta, normalizándose prácticamente los valores analíticos.

CONCLUSIONES: La enfermedad celíaca se manifiesta de muy diversas formas, y es muy importante diagnosticarla a tiempo, pues puede estar de forma latente sin alteraciones clínicas, pero a la larga puede dar complicaciones, en algunas ocasiones muy severas. Nos parece obligado la realización sistemática un amplio estudio familiar de despistaje de la enfermedad, que debe ser exhaustivo y metódico.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL: ESTUDIO PROSPECTIVO A LO LARGO DE UN AÑO

E. González-Ballina, M^º. Moreno, S. Riestra, V. Cadahía, R. Tojo, J.M. Pérez-Pariente, R. de Francisco, A. Gutiérrez, J.L. Olcoz, L. Rodrigo
Servicio de Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo
Sección de Digestivo. Hospital del Valle del Nalón. Langreo
Sección de Digestivo. Hospital Virgen Blanca. León

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: La historia natural de la dispepsia funcional no es bien conocida. En el presente trabajo estudiamos la calidad de vida y la intensidad de los síntomas de forma prospectiva, en un grupo de pacientes con dispepsia funcional

PACIENTES Y MÉTODOS: Incluimos un total de 112 pacientes consecutivos diagnosticados de dispepsia funcional de acuerdo con los criterios de Roma II y que fueron seguidos de forma prospectiva a lo largo de un año. Todos los pacientes completaron un cuestionario específico de valoración de intensidad de síntomas de dispepsia funcional (DQ y GSRS) y de calidad de vida (PGWB y el GHQ) cada 3 meses, a lo largo de 1 año. Sólo se les permitió tratamiento sintomático con antiácidos a lo largo del período de estudio

RESULTADOS: El grupo estaba constituido por 81 mujeres y 31 hombres, con una edad media de 45 ± 17 años. Un 66% presentaban infección asociada por *Helicobacter pylori* y la dispepsia tipo ulceroso era el subgrupo predominante (53%). Al comienzo del estudio, los índices de calidad de vida fueron bajos (PGWB = 87.1 ± 17.6 y GHQ = 20.6 ± 11.8), pero estos valores mejoraron de forma progresiva durante el año de seguimiento (PGWB = 107.7 ± 1.1 y GHQ = 8.9 ± 0.4). Los síntomas digestivos también disminuyeron. En el análisis multivariado, los índices de ansiedad medidos con el PGWB (Wald 5.2, $p=0.02$) y el hábito de fumador (Wald 4.3, $p=0.04$) fueron predictores de peor calidad de vida. A nivel basal, los pacientes que presentaban niveles elevados de ansiedad, tenían una calidad de vida disminuída, aunque sus índices de sintomatología fuesen similares a los de otros pacientes

CONCLUSIONES: La calidad de vida está disminuída en los pacientes con dispepsia funcional. En general se observa una mejoría tanto en la calidad de vida como en la intensidad de los síntomas. Creemos que en ello puede influir tanto el realizar una endoscopia al comienzo del tratamiento informando de la negatividad de los hallazgos, así como la realización de visitas periódicas programadas a lo largo de un año de seguimiento

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

FUNDOPLICATURA DE NISSEN VÍA LAPAROSCÓPICA

J.P. Paredes, J.A. Puñal, C. Beiras, I. Hindi, S. Enríquez, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: Gracias al éxito de la colecistectomía laparoscópica se han ido realizando técnicas quirúrgicas de complejidad creciente mediante la vía laparoscópica. La cirugía de la unión gastroesofágica reúne condiciones especiales para beneficiarse del abordaje mínimamente invasivo: campo quirúrgico fijo y pequeño, ausencia de órgano a extraer y requerir un procedimiento de auténtica cirugía funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos la técnica de la funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un vídeo en el que se muestran los principales tiempos de la intervención.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: El enfermo se coloca en posición de decúbito supino con las piernas separadas y en posición de Trendelenburg invertido. La torre del equipo se coloca a la cabecera del enfermo. El cirujano se sitúa entre las piernas y el primer ayudante a la derecha del paciente.

De forma esquemática la intervención puede dividirse en los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Neumoperitoneo abierto y colocación de 5 trócares: 3 de 12 mm. y 2 de 5 mm.
- Separación y elevación del lóbulo hepático izquierdo.
- Apertura de la pars flácida del epiplon menor y de la membrana frenoesofágica.
- Disección de pilares diafragmáticos y del esófago abdominal.
- Creación de una ventana retroesofágica.
- Sección de vasos cortos y liberación de curvatura gástrica mayor.
- Cierre de pilares por detrás del esófago.
- Calibración esofágica con bujís de Maloney 58-60 Fr.
- Funduplicatura tipo Nissen (360°), holgada y corta (1,5-2 cm.).
- Fijación de la valva fúndica al pilar diafragmático.
- Sutura de las heridas.

CONCLUSIONES: La ERGE tiene en la actualidad unas indicaciones quirúrgicas bien precisas. Se trata, fundamentalmente, de enfermos jóvenes que dependen de la medicación para su alivio sintomático y objetivo. En tal situación el Nissen corto y holgado realizado por vía laparoscópica, después de un completo estudio anatómico y funcional del esófago, constituye la técnica de elección.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UNA SERIE DE 200 PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA (AZA): EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS A MEDIO-LARGO PLAZO

L. Rodrigo, P. Niño, E. González-Ballina, M^a Moreno, J.M. Pérez-Pariente, R. de Francisco, V. Cadahía, R. Tojo, J.L. Sánchez-Lombráña

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: El tratamiento con inmunomoduladores tipo Azatioprina ofrece un alto grado de eficacia en el control de la EII. Presentamos nuestra experiencia en una serie amplia de pacientes tratados en nuestro hospital

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde enero de 1990 hasta la actualidad venimos controlando periódicamente en una consulta especializada del Servicio de Digestivo del Hospital, un total de 700 pacientes con EII, de los cuales 408 (58%) están afectados de enfermedad de Crohn (EC) y 292 (42%) de colitis ulcerosa (CU), con una proporción de 1.4/1. De todos los pacientes con EII, un total de 200 (28.5%) están siendo tratados con AZA durante más de 3 meses y han sido incluidos en el presente estudio. De ellos 138 (69%) tienen una EC y los 62 restantes (31%) presentan una CU, lo que representa una proporción de 2.2/1. Fueron tratados con AZA un 34% de pacientes con EC, frente a un 21% en la CU ($p < 0.05$). La dosis administrada en todos los pacientes fue de 2.5 mg/kg, administrada en una sola toma al día, antes del desayuno.

RESULTADOS: La edad media global de los 200 pacientes tratados con AZA es de 38 ± 14 años (10-76); siendo algo más jóvenes en la EC ($n=138$) 37 ± 13 (10-72), respecto a la CU ($n=62$) 41 ± 15 (12-76) sin mostrar diferencias significativas (NS)

En cuanto al sexo, de los 200 pacientes con EII, 104 eran hombres y 96 mujeres, siendo en la EC 70H/68M y en la CU 36H/26M (NS)

La duración media del tratamiento fue de 33 ± 30 meses (3-124)

La distribución de los pacientes con EC, según la clasificación de Viena fue : A1 (78%), A2 (22%); L1 (33%), L2 (9%), L3 (56%), L4 (3%); B1(68%), B2(11%), B3(21%). La distribución de los pacientes con CU, según la extensión de la enfermedad fue: Pancolitis (50%), colitis izqda. (42%), proctosigmoiditis (8%).

La principal indicación de administración de la AZA fue la córtico-dependencia (75.5%) y se pudieron retirar los corticoides en todos los pacientes entre los 6-12 meses de introducida la AZA. Se observó buena respuesta al tratamiento en alrededor del 90% de los casos ; 46 pacientes (23%) recibieron además tratamiento complementario con Infliximab observando un mayor porcentaje del cierre de fistulas en pacientes tratados con ambos fármacos. Los niveles medios de TPMT fueron de 20.1 ± 4.7 UI/ml (8.2-32.5). Un 8% de pacientes presentaron niveles de TPMT eritrocitario menores de 13 UI/ml, por lo que en ellos tuvimos que reducir la dosis de administración de la AZA.

Encontramos un 10% de efectos secundarios : 4 casos (2%) tuvieron aplasia medular ; 6 casos (3%) presentaron intolerancia digestiva ; 7 casos (3.5%) desarrollaron pancreatitis aguda; 2 casos (1%) toxicidad hepática y 1 caso (0.5%) se retiró por embarazo. Cinco pacientes abandonaron voluntariamente el tratamiento, sin haber presentado efectos secundarios. La mayor parte de los efectos adversos se presentaron en los dos primeros meses del tratamiento

CONCLUSIONES: 1/- La azatioprina es un fármaco muy útil en el manejo clínico de los pacientes con EII tanto EC como CU, que no responden bien a los tratamientos habituales (5-ASA y/o corticoides), permitiendo la retirada de éstos en un plazo relativamente corto

2/- Presenta una gran eficacia en el tratamiento de las complicaciones, especialmente en la enfermedad fistulosa, bien sólo o asociado posteriormente con el Infliximab, con el que muestra un efecto potenciador

3/- Su tolerancia es excelente y la incidencia de efectos secundarios relacionados con su administración es baja.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

“EL POLIMORFISMO -308A DEL PROMOTOR DEL TNF-ALFA ESTÁ ASOCIADO CON UN INCREMENTO EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y SUSCEPTIBILIDAD PARA EL DESARROLLO DE ARTROPATÍA, EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE”

L. Rodrigo, J.L. Fdez-Morera, A. López-Vázquez, P. Niño, J. Martínez-Borra, J.M. Pérez-Pariente, S. González, V. Cadahía, R. Tojo, R. de Francisco, C. López-Larrea
Servicios de Digestivo e Inmunología. Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: El factor de necrosis tumoral α (TNF α) desempeña un papel clave en la respuesta inflamatoria y en la patogenia de la enfermedad de Crohn (EC). El polimorfismo -308A del promotor del gen del TNF α , se ha asociado con una mayor producción de TNF α in vitro.

OBJETIVO: Investigar el efecto del polimorfismo del promotor del TNF α en la susceptibilidad y características clínicas de la EC.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizó la distribución del genotipo en la posición -308 del promotor del TNF α en una serie de 50 pacientes con EC fistulizante y en 100 controles sanos. Se determinaron los niveles séricos de TNF α , interleuquina-1 β (IL-1 β) e interleuquina- β (IL- β) mediante ELISA. Los niveles de la proteína amiloide sérica-A (ASA), proteína C-reactiva (PCR), α 1-antitripsina (AAT), α 1-glicoproteína ácida (AGA) y haptoglobina (HPT), se determinaron mediante nefelometría.

RESULTADOS: No se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia alélica del polimorfismo en posición -308A, entre pacientes y controles. Sin embargo, los pacientes con el genotipo -308AG, comparados con aquellos que tenían -308GG, presentaban niveles séricos significativamente mayores de TNF α (58,8 vs 8,2 pg/ml, $p < 0.001$); IL1b (36,4 vs 16,2 pg/ml, $p < 0.05$) y proteínas de fase aguda. Los enfermos -308AG presentan además una mayor frecuencia de artritis asociada (66% vs 26%, $p = 0.039$). Utilizando un modelo de regresión logística observamos que los pacientes que portan el polimorfismo -308A, presentan un riesgo relativo mayor de desarrollar artritis de OR= 5,4 (95% CI=1,1-25,5), comparado con el resto. Ningún otro parámetro clínico, ni analítico, es capaz de predecir el riesgo de desarrollo de artritis.

CONCLUSIONES: El polimorfismo -308A se asocia con una mayor producción de TNF α , una actividad inflamatoria más intensa y un incremento del riesgo de aparición de artropatía asociada en pacientes con EC.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

EFICACIA DE LA COLONOSCOPIA URGENTE EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

V. Álvarez, B. López Viedma, D. Carpio, J.L. Ulla, C. Aba, L. Ledo, J. Vázquez San Luis, E. Vázquez Astray
CHOP. Pontevedra

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva baja (HDB) se origina más allá del ligamento de Treitz, generalmente en lesiones localizadas en el colon. Se manifiesta habitualmente como rectorragia y/o hematoquecia. El diagnóstico puede establecerse mediante técnicas radiológicas de baja rentabilidad diagnóstica (arteriografía y gammagrafía) y/o colonoscopia.

OBJETIVOS: Definir cuáles son las causas más frecuentes de HDB. Evaluar la utilidad y seguridad de la colonoscopia urgente en el diagnóstico de la HDB.

MÉTODOS: Se revisan retrospectivamente las colonoscopias realizadas por HDB entre enero de 1999 y diciembre de 2001 en el Servicio de Endoscopias del CHOP. Se define como colonoscopia urgente, aquella que se realiza en las primeras 24 horas tras el inicio del sangrado; y colonoscopia completa cuando se alcanza el ciego y se visualiza correctamente el colon. Se establece diagnóstico seguro cuando se identifica una lesión con sangrado activo o estigmas de sangrado durante la exploración; diagnóstico probable, cuando se observa una lesión potencialmente sangrante pero sin estigmas de sangrado; y colonoscopia normal cuando no se objetivan lesiones ni restos hemáticos en el colon.

RESULTADOS: En el período de tiempo estudiado se realizan 7.255 colonoscopias. De estas, 115 exploraciones se indican con carácter urgente por HDB. 51 pacientes eran mujeres (44,35%) y 64 varones (55,65%), con edad media de 65 años (rango 17-97 años). Son completas 61 colonoscopias (53,04%). Se obtuvo un diagnóstico seguro en 48 casos (41,73%) y probable en 49 (42,6%); por tanto 84,33% de las exploraciones fueron diagnósticas. Las lesiones que más frecuentemente se observan son: divertículos, 22 casos (22,4%); hemorroides, 15 (15,3%); sangrado postpolipectomía, 12 (12,24%); colitis isquémica, 11 (11,22%); pólipos ulcerados, 9 (9,18%); enfermedad inflamatoria intestinal, 7 (7,14%); angiodisplasias, 4 (4,08%); cáncer colorrectal, 4 (4,08%); úlcera rectal solitaria, 3 (3,06%); y otras causas, 11 (11,22%). Se detecta sangrado activo en 21 (18,26%) exploraciones. La colonoscopia es normal en 9 casos (7,82%); y en otros 9 (7,82%) inconcluyente por preparación deficitaria del colon. Se lleva a cabo tratamiento endoscópico en 35 casos (30,4%). En 23 enfermos se realiza escleroterapia, en 7 coagulación con plasma de argón, en 2 polipectomía y en un caso se colocaron bandas elásticas. En dos ocasiones se produjo sangrado arterial postpolipectomía. No se detectaron otras complicaciones.

CONCLUSIONES: La causa más frecuente de HDB es la enfermedad diverticular del colon. La colonoscopia urgente es la prueba de elección en la HDB por su rentabilidad diagnóstica, seguridad y capacidad terapéutica.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

ESTUDIO DE COMPLICACIONES ANASTOMÓTICAS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER RECTAL

A.E. Álvarez Gutiérrez, O. Maseda, I. Monjero, M. Moreda, J.A. Costa, J. Conde, F. Arija
Hospital Xeral-Calde (Lugo)

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones postoperatorias derivadas de las anastomosis en la cirugía rectal son las más peligrosas y temidas. El objetivo de este trabajo es analizar su frecuencia y los factores que influyen en su aparición.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 100 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre enero del 96 y diciembre del 98. Se incluyeron en el estudio aquellos tumores localizados por debajo de los 15 cm. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor, estadiaje (Dukes), tipo de intervención quirúrgica, complicaciones postoperatorias derivadas de la anastomosis.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La serie consta de 100 pacientes (58 V-42 M), con edad media de 71 años. En el 51% de los casos, el tumor era palpable, siendo la distancia media del tumor al margen anal de 3.6 cm. El tratamiento quirúrgico fue variable, realizándose proceder no anastomóticos en 39%, y 61 proceder anastomóticos (con anastomosis altas en 22 casos, 33 bajas y 6 ultrabajas con anastomosis colo-anal). Con respecto a la clasificación de Dukes: 14 estaban en grado A, 40 en grado B, 30 en grado C y 8 en grado D. El 46% de los pacientes no presentaron ningún tipo de complicación. El 28% presentó algún tipo de complicación derivada de la anastomosis, estos fueron clasificados como: subclínica (6); dehiscencia evidenciada (3), dos de los cuales precisaron reoperación; abscesos pélvicos (5), 4 de los cuales precisaron drenaje percutáneo y peritonitis fecaloidea (3) que precisaron reoperación. La mortalidad de la serie fue de 2 (3.5%). Comparando el tipo de intervención realizada a nivel de anastomosis y la aparición de complicaciones en la anastomosis, se observó una tendencia al aumento de complicaciones en cuanto el nivel fuera más distal, sin embargo no se demostró relación estadísticamente significativa.

GASTROENTEROLOGÍA II (19 a 27)

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA, BAZO Y GLÁNDULAS SUPRARRENALES

J.A. Puñal, J.P. Paredes, C. Beiras, S. Enríquez, E. Gamborino, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCION: La cirugía laparoscópica de la vesícula biliar, la colecistectomía laparoscópica, ha tenido una amplia y rápida aceptación en la mayoría de los hospitales españoles y en algunos centros, como el nuestro, por un gran número de cirujanos. Sin embargo el desarrollo del resto de la cirugía laparoscópica, la cirugía laparoscópica avanzada, presenta especiales dificultades para su correcta implantación dentro de un Servicio de Cirugía General.

INTRODUCCION: Presentamos nuestra experiencia en la cirugía laparoscópica avanzada de la unión esófago-gástrica, del bazo y de las glándulas suprarrenales, y la descripción de las técnicas utilizadas.

RESULTADOS: Esófago-miotomía de Heller: 13 pacientes; 9 hombres y 4 mujeres; edad media de 51,15 años (23-73); un paciente presento acalasia vigorosa, los otros 12 una acalasia, en dos casos con dolico-esófago; dos pacientes sufrieron dilataciones esofágicas previas y otros dos múltiples infiltraciones de toxina botulínica; la estancia media postoperatoria fue de 3,92 días (2-7); sólo la acalasia vigorosa presento como complicación episodios de dolor retroesternal

Esplenectomías: 13 pacientes; 7 hombres y 6 mujeres; edad media 52,54 años (22-76); 12 por PTI y una por un quiste esplénico; la estancia postoperatoria fue de 7,62 días (2-28); como complicaciones: una fístula pancreática, un absceso y una neumonía.

Funduplicatura de Nissen: 19 pacientes; 9 hombres y 10 mujeres; edad media 43,16 años (24-77); Un caso presentaba hernia paraesofágica con crisis de incarceration sin ERGE, los demás presentaban ERGE, de los cuales, seis tenían esófago de Barret, tres hernia de hiato por deslizamiento y dos paraesofágica; la estancia postoperatoria fue de 3,37 días (2-9); un paciente presento fiebre en el postoperatorio y otro una migración de la funduplicatura.

Suprarrenalectomía: 4 pacientes; 2 hombres y 2 mujeres; edad media 49,75 años (35-71); dos incidentalomas y dos por hiperaldosteronismo primario (Conn), tres de localización derecha y uno izquierda, la anatomía patológica fue de tres adenomas y un angioliopoma; la estancia postoperatoria fue de 3,25 días (3-4).

CONCLUSIONES: La cirugía por vía laparoscópica en las patologías mencionadas es segura, se acompañan de pocas complicaciones y evita la realización de grandes laparotomías lo que se traduce, entre otros beneficios, en una corta estancia postoperatoria.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS CAUSAS DE HIPERTRANSAMINASEMIA EN EL RANGO DE HEPATITIS AGUDA EN ADULTOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

A. Alvarez, M.G. Espiga, M. Rodríguez, R. Muñoz, S. Romeo, M.J. Martínez,
S. Braga, A. Linares, M.J. Pérez-Pariente, R. de Francisco, L. Rodrigo
Servicios de Aparato Digestivo y Bioquímica. Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: La hipertransaminasemia en el rango de hepatitis aguda es un hecho que se observa con relativa frecuencia en pacientes ingresados. Sin embargo, su incidencia y su etiología no están bien establecidas

OBJETIVO: Conocer la incidencia y la etiología de las hipertransaminasemias en el rango de hepatitis aguda en adultos ingresados, así como su pronóstico durante la estancia hospitalaria

PACIENTES Y MÉTODOS: Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2.000 se evaluaron de forma prospectiva todos los pacientes ingresados en el hospital con valores de ALT > 10 x LSN (la detección de los casos se hizo diariamente en el Laboratorio de Bioquímica). En todos los pacientes se realizó historia clínica, exploración física, estudio de coagulación, marcadores virales, autoanticuerpos y ecografía cuando se consideró clínicamente indicado. El diagnóstico etiológico se realizó siguiendo los criterios universalmente aceptados.

RESULTADOS: Durante el año de estudio se detectaron 179 casos (87 V, 92M ; edad media de 61 ± 18 años, rango 21-94), lo que supone una media de 4.7/1.000 ingresos. Las causas de hipertransaminasemia fueron: Isquémica en 79 (44%), patología bilio-pancreática en 36 (20%), fármacos en 22 (12%), vírica en 18 (10%) y miscelánea en 21 (12%), fundamentalmente en relación con embarazo, lesiones hepáticas o disfunción del injerto. En 3 pacientes (2%) no pudo establecerse la etiología. La cifra media de ALT fue significativamente superior en las hepatitis agudas (isquémica, fármacos y vírica) que en las de causa biliopancreática (1.080 vs 657 UI/l; $p = 0.02$). Una tasa de factores < 50% se observó en el 18% de los pacientes y 6% desarrollaron encefalopatía hepática. Durante el ingreso fallecieron 55 pacientes (31%); la mortalidad fue significativamente superior en las hepatitis isquémicas que en el resto (55% vs 12%; $p < 0.001$)

CONCLUSIONES: En nuestro medio, la incidencia de hipertransaminasemia en el rango de hepatitis aguda en adultos está en torno a 5 casos/1.000 ingresos. La causa más frecuente es la isquemia hepática, que supone prácticamente la mitad de los casos, seguida de la patología bilio-pancreática. La mortalidad global es elevada, fundamentalmente debido al mal pronóstico de los pacientes con hepatitis isquémica, de los que fallecen más de la mitad durante el ingreso

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO I, PRESENTACIÓN COMO HEPATITIS AGUDA

J.L. Ulla, C. Aba, V. Álvarez, D. Carpio, L. Ledo, B. López Viedma,

J. Vázquez-Sanluis, E. Vázquez-Astray

Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)

INTRODUCCIÓN: Aunque la Hepatitis autoinmune tiene en la mayoría de los casos un comienzo larvado, en ocasiones puede debutar de forma brusca, entrando en el diagnóstico diferencial de una hepatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen las características clínico-analíticas de 5 pacientes con hepatitis autoinmune de curso agudo, diagnosticados en nuestro Servicio en el último año. Los pacientes cumplían los criterios del “score system internacional” de diagnóstico definitivo. Se apreció positividad para ANA o SMA en todos los pacientes, como corresponde a la hepatitis autoinmune tipo I.

RESULTADOS: De los 5 pacientes, tres eran mujeres y la edad media fue de 51 años (25-70). Todos debutaron con ictericia franca y las concentraciones máximas de Bilirrubina Total alcanzada oscilaron entre 9-18 mg/dl (media 13,5), los niveles de AST y ALT máximos alcanzados fueron AST 1425-2350 (media 1826) y ALT 1714-3809 (media 2420) respectivamente. Se efectuó biopsia hepática en todos los casos, uno de ellos por vía transyugular, observándose signos histológicos concordantes con hepatitis autoinmune con datos específicos de afectación aguda. Se apreció una excelente respuesta clínica y analítica con la pauta convencional de tratamiento de corticoides y azatioprina, un paciente hubo de suspender la azatioprina por desarrollar un episodio de pancreatitis aguda.

CONCLUSIONES: La hepatitis autoinmune ha de considerarse en aquellos pacientes que debuten como hepatitis aguda si la causa infecciosa o tóxica se ha descartado. El sexo masculino, la edad avanzada o la falta de patología autoinmune asociada no excluyen esta entidad, debiendo investigarse la positividad de los autoanticuerpos, ANA o SMA, en toda hepatitis de etiología no filiada, pues de la rápida instauración de la terapéutica dependerá un control adecuado de la hepatopatía y evitará la evolución a una insuficiencia hepática grave.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELÍACA Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEPÁTICAS COLESTÁSICAS

L. Rodrigo, U. Volta, D. Fuentes, A. Granito, A. Linares, P. Murator, E. González-Ballina, L. Muratori, M^a Moreno, N. Petrolini, V. Cadahía, D. Zauli, R. Tojo, F.B. Bianchi

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Central de Asturias. Oviedo
Departamento de Medicina Interna. Universidad de Bolonia

ANTECEDENTES: Aunque la asociación entre enfermedad celíaca (EC) y hepatopatías colestásicas autoinmunes ha sido ya estudiada, existen series pequeñas de pacientes y resultados contradictorios en la literatura, que no permiten por el momento establecer con claridad si estas enfermedades están relacionadas entre sí, o si por el contrario su asociación es debida puramente al azar (1,2)

PACIENTES Y MÉTODOS: Para intentar aclarar este tema estudiamos un total de 255 pacientes españoles e italianos con enfermedades hepáticas colestásicas autoinmunes, incluyendo 174 casos de cirrosis biliar primaria (CBP), (156 mujeres y 18 hombres, con una edad media de 56 años, rango 25-80), 21 casos de colangitis autoimmune cholangitis (CAI) (todas mujeres, edad media de 55 años, rango 39-76), 60 casos de colangitis esclerosante primaria (CEP) (40 varones y 20 mujeres, edad media de 42 años, rango 17-74) que fueron todos ellos analizados para anticuerpos antigliadina del tipo IgG e IgA (AGA), anticuerpos antiendomiso de la clase IgA (EmA) y anticuerpos anti-transglutaminasa IgA de cobaya (gp-tTGA) y anti-transglutaminasa humana recombinante tisular (h-tTGA).

RESULTADOS: Cuatro pacientes (1.6%) fueron positivos para ambos anticuerpos EmA y h-tTGA, mientras los AGA-IgA y los anti-gp-tTGA tipo IgA estaban presentes sólo en 3 y 2 of ellos respectivamente. La biopsia duodenal mostró atrofia vellositaria (Tipo 3 de Marsh) confirmando la presencia de EC en los 4 casos. De estos 4 pacientes, 3 fueron mujeres (2 CBP, edades 42 y 43 años, y 1 caso de CAI, edad 48 años), mientras que el cuarto fue un hombre de 32 años con una CEP. Todos ellos mostraban una afectación hepática leve histológica caracterizada por inflamación periductular y/o hepatitis portal; no presentaban prurito y tenían solo un patrón de colestasis bioquímica moderado. Los 2 casos de CBP presentaban un síndrome de malabsorción caracterizado por diarrea y anemia ferropénica, uno presentaba una tiroiditis autoinmune; el paciente con CAI no presentaba ninguna sintomatología digestiva y el paciente con CEP tenía una colitis ulcerosa asociada. Los anticuerpos antigliadina IgG y/o IgA, y los antitransglutaminasa de cobaya IgA fueron positivos en el 8% y 10% de los restantes 251 pacientes. En alrededor de la mitad de los pacientes que presentaban estos anticuerpos positivos se les hizo biopsia duodenal que excluyó la presencia de una EC. Una positividad aislada de la h-tTGA tipo IgA, se encontró en otros 2 pacientes (uno con CBP y otro con CEP). Aunque ambos pacientes se negaron a realizar la gastroscopia, la elevada especificidad de los h-tTGA tipo IgA para la EC, hace que el diagnóstico de la enteropatía sensible al gluten en estos dos casos sea muy probable.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta solo los pacientes con biopsia confirmada de EC, la prevalencia de la enfermedad en la presente serie es de 1/ 87 en CBP, 1/ 21 en CAI y 1/60 en CEP. Estas cifras son muy superiores a las que se encuentran para la EC en población general en el área mediterránea (1:300) (3). Por lo tanto el estudio serológico para EC debería ser realizado de forma rutinaria a todos los pacientes con hepatopatías colestásicas autoinmunes, y la detección de los anticuerpos antiendomiso IgA y antitransglutaminasa h-tTGA debe ser preferible a los de cobaya gp-tTGA o antigliadina por su mayor sensibilidad y especificidad. Un mayor seguimiento de nuestros pacientes nos permitirá aclarar si el curso de de la enfermedad hepática se puede beneficiar de la instauración de una dieta sin gluten.

1. Kingham JGC, et al. Gut 1998, 42:120-2
2. Bardella MT, et al. Am J Gastroenterol 1997, 92:1524-6
3. Riestra S, et al. Scand J Gastroenterol 2000, 35: 398-402

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

TERAPIA SECUENCIAL DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR MEDIANTE INYECCIÓN INTRATUMORAL DE ETANOL POR VÍA PERCUTÁNEA: RESULTADOS INICIALES

J. Fernández Castroagudín, M. Delgado Blanco, J. Iglesias García, A. Villanueva Rodríguez, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, C. Durana Tonder, E. Varo, E. Domínguez Muñoz
Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo. Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La inyección percutánea de etanol (IPE) es un procedimiento ampliamente aceptado en el tratamiento del carcinoma hepatocelular, en el que ha demostrado ser capaz de modificar la historia natural y mejorar la supervivencia en pacientes seleccionados. Hasta la actualidad, su utilidad en el tratamiento secuencial durante la permanencia del enfermo en lista de espera para Trasplante Hepático no ha sido claramente definido.

MATERIALES Y MÉTODOS: Selección de pacientes: Se incluyeron aquellos casos con carcinoma hepatocelular injertado sobre hígado cirrótico, con lesiones únicas menores de 5 cm. o menos de tres nódulos inferiores a 3 cm. de diámetro, sin datos de invasión vascular macroscópica, ganglionar ni a distancia. Procedimiento: Se procedió a inyección de etanol por vía percutánea bajo anestesia local mediante aguja PAN-ETA PES/PEC 20-22G de 9 y 12 cm. guiada mediante ecografía. Se empleó sedación consciente mediante la administración intravenosa de un analgésico y diazepam. Se mantuvo observación hospitalaria 24 horas después de la punción. Evidencia de respuesta: A las 4 semanas se realizó Ecografía con Doppler color y Power-Doppler, y TC helicoidal a las 12 semanas del procedimiento. La respuesta se clasificó en completa (RC), parcial (RP), enfermedad estable (EE) o enfermedad progresiva (EP) según los criterios de la OMS.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 30 procedimientos realizados en 27 pacientes (23 varones; 4 mujeres, con edad media de 64 años, rango 45-75). Las lesiones eran únicas en 25 pacientes y se localizaban en el lóbulo hepático derecho en 16 casos. El diámetro medio fue de 40 mm. La IPE fue realizada con intención curativa en 15 pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico. En los 12 restantes el procedimiento se efectuó como terapia secuencial durante la permanencia en lista activa de trasplante hepático. Se realizaron una media de 3 sesiones con inyección de 31.3 cc. por lesión. Seis enfermos fueron sometidos a trasplante hepático durante el período de seguimiento. Tras analizar la pieza de hepatectomía se observó necrosis tumoral superior al 90% en 3 casos, superior al 60% en 2 y no se observó necrosis en el caso restante. Veinticinco procedimientos (83%) fueron clasificados como RC, dos (7%) RP, dos (7%) EE y uno (3%) EP. Tres pacientes con RC inicial presentaron recurrencia local a los 6,6 y 20 meses del procedimiento, respectivamente. A dos de ellos y a uno con RP se les realizó un segundo ciclo de IPE. La tasa de RC fue del 86% en los tumores <35 mm., y del 71% en los >35 mm. Las complicaciones incluyeron dolor en 9 casos, hipotensión y síndrome vagal en 3, y fiebre en uno. Veintiocho pacientes (93%) están vivos en la actualidad con una media de seguimiento de 10 meses.

CONCLUSIONES: La inyección intratumoral percutánea de etanol es un procedimiento seguro y eficaz en el tratamiento del carcinoma hepatocelular, sobre todo en el de pequeño tamaño. Constituye una buena opción terapéutica en pacientes sin indicación quirúrgica o como tratamiento secuencial en lista de espera para trasplante hepático.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

LITIASIS DE LA VBP: ¿CUÁNTAS HA HABIDO?, ¿CÓMO LAS TRATAMOS? ESTUDIO EN UN PERÍODO DE 4 AÑOS (1998-2001)

J.P. Paredes, J.A. Puñal, R. Álvarez, C. Beiras, C. Castro, S. Enríquez, E. Gamborino,
I. Hindi, J. Potel

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

OBJETIVOS: El tratamiento de la coledocolitiasis, desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica (CL) no está completamente definido. Las posibles opciones: 1) ERCP con esfinterotomía endoscópica preoperatoria o 2) el abordaje laparoscópico transcístico o de la vía biliar principal (VBP) presentan ventajas e inconvenientes y son, probablemente, complementarias y no competitivas. Cada opción beneficiará, probablemente, a poblaciones diferentes de enfermos. Parece conveniente y oportuno que cada grupo revise su experiencia y resultados con el enfoque escogido, para posibles mejoras en los protocolos terapéuticos empleados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos cómo hemos diagnosticado y tratado la litiasis de la VBP en un período de 4 años (1998-2001). Se han recogido datos clínicos, analíticos, radiológicos y quirúrgicos, en un protocolo específicamente diseñado para los enfermos ingresados con el diagnóstico de litiasis biliar y se han procesado en una base de datos ACCES'.

RESULTADOS: Los criterios de sospecha de litiasis de VBP se han presentado en los siguientes casos: 22 colangitis, 80 ictericia obstructiva, 141 pancreatitis aguda, 246 elevación de las pruebas funcionales hepáticas (PFH), 88 dilatación ecográfica de VBP y 81 litiasis ecográfica de VBP.

La ERCP preoperatoria se realizó en 168 casos (18%), encontrando litiasis en la VBP en 124 enfermos (74% de las ERCP). En la CL se ha realizado ERCP preoperatoria en 17% (litiasis VBP en 68%) y en colecistectomía abierta (CA) en 20% (litiasis VBP en 84%). El 19% de los enfermos no intervenidos se sometieron a ERCP con litiasis VBP en % 82%.

En 171 CL se hizo colangiografía intraoperatoria (CIO) (19%) con litiasis en VBP en 31. La práctica de CIO ha sido diferente en CL (13%) y en CA (36%) con incidencia de litiasis VBP de 14% y 33% respectivamente. Las coledocolitiasis diagnosticadas por CIO laparoscópica (11) pasaron a cirugía abierta excepto 1 caso que se trató mediante coledocotomía laparoscópica y tubo en T de Kehr.

Se practicaron 15 ERCP postoperatorias (1,7%) con litiasis VBP residual en 13 enfermos (1,5%).

El valor predictivo positivo de los criterios de sospecha de litiasis de VBP ha sido: colangitis 81%, ictericia 85%, pancreatitis aguda 47%, elevación de PFH 65%, dilatación ecográfica de VBP 89% y litiasis ecográfica de VBP 85%.

La incidencia total de litiasis de VBP ha sido de 166 casos (18%), diagnosticándose 120 (72%) en el preoperatorio, 35 (21%) en la intervención y 11 en el postoperatorio. En CL el diagnóstico de litiasis VBP se hizo preoperatoriamente en el 85% frente al 51% en CA. En ésta el diagnóstico intraoperatorio ocurrió en 41% y en la CL sólo en 12% de los casos.

CONCLUSIONES: La incidencia de litiasis VBP ha sido del 18%, con mayor incidencia en CA y en el grupo no operado que en CL. En CL la litiasis VBP se diagnostica fundamentalmente en el preoperatorio y en CA en el pre y en el período intraoperatorio. La CIO selectiva ha tenido bajo uso, tres veces superior en CA que en CL.

La litiasis residual ha sido del 1%.

No ha habido exitus, ni complicaciones graves en relación con la ERCP en esta serie.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ¿ES SIEMPRE UNA OPERACIÓN FÁCIL?

C. Beiras, J.P. Paredes, J.A. Puñal, D. Prieto, A. Paulos, A. Fernández, A. Beiras, J. Potel
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica (CL) constituye el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática. A diferencia de otras intervenciones mínimamente invasivas, de eficacia probada pero poco frecuentes para el cirujano general, la CL es realizada en numerosos enfermos y con situaciones anatomopatológicas de complejidad creciente. No siempre es una intervención sencilla y existe el riesgo potencial de graves complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un vídeo en que se ilustran distintas situaciones que pueden dificultar la CL con posibles soluciones técnicas para resolverlas de forma segura y eficaz.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: De forma esquemática las circunstancias que pueden dificultar la CL son las siguientes:

- Cirugía abdominal previa y adherencias viscerales y perivesiculares.
- Hepatomegalia.
- Engrosamiento parietal vesicular.
- Distensión vesicular.
- Colecistitis aguda o crónica sin plano de disección vesícula-hígado.
- Caída de cálculos al peritoneo.
- Cálculo enclavado en el cístico.
- Cístico ancho.
- Hemostasia imperfecta.
- Indicaciones de conversión a laparotomía.

CONCLUSIONES: La CL precisa para su correcta realización cumplir unos requisitos entre los que cabe citar: experiencia quirúrgica o adecuada supervisión, equipo e instrumental adecuados, una correcta indicación quirúrgica (patología y momento de la intervención) y recursos quirúrgicos para solventar situaciones de especial dificultad técnica.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

ICTERICIA OBSTRUCTIVA. AMPULOMA Y COLEDOCOLITIASIS DOS CAUSAS COINCIDENTES, EN UN MISMO PACIENTE

V. Trasancos Buitrago, H. Álvarez Díaz, S. Ortiz Martín, A. Echarri Piudo, L. Dancausa Martín, J. Castro Alvariño

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol

INTRODUCCIÓN: El Ampuloma es un tumor frecuente de la encrucijada pancreático duodenal, que cursa con patrón de colestasis e ictericia y característicamente puede asociarse a hemorragia digestiva (anemia, melenas...). Son tumores en general de crecimiento lento y poco infiltrantes, con buen pronóstico tras la resección, si el diagnóstico es precoz. Aunque se asocian a FAP y S. de Gardner (más de 50%), son frecuentes los casos esporádicos. La coledocolitiasis es la causa más común de ictericia obstructiva, en ancianos con o sin vesícula íntegra y cursa habitualmente con dolor abdominal y/o signos de colangitis.

CASO CLÍNICO: Mujer de 79 años, que acude a urgencias por presentar ictericia y dolor en hipocondrio dcho. Presentaba en analítica patrón de colestasis y mediante T.A.C. y CRMN se diagnosticó de colelitiasis y coledocolitiasis. A la paciente se le realizó una colecistectomía, más coledocotomía con extracción del cálculo y colocación de un tubo de Kher y fue dada de alta. Cuatro meses más tarde la paciente acude de nuevo a urgencias presentando síndrome general tóxico e ictericia, mediante colangiograma se sospecha de coledocolitiasis o ampuloma. Se realiza gastroduodenoscopia frontal, observándose una gran tumoración ulcerada a nivel de 2ª porción del duodeno, se toman biopsias y se hace citología, siendo ambas negativas para células malignas. Mediante laparotomía se observa colédoco dilatado y tumoración en la ampolla de Vater, realizando exéresis de la tumoración y colédocoduodenostomía. La biopsia de la pieza confirma el diagnóstico de Adenocarcinoma papilar bien diferenciado. La paciente evolucionó bien, siendo dada de alta.

DISCUSIÓN: La atipicidad de nuestra paciente es que coinciden dos causas relativamente frecuentes de ictericia obstructiva, casi sincrónicas, al diagnosticarse el ampuloma en una paciente recientemente sometida a cirugía biliar por presentar colelitiasis y colédocolitis sintomáticas. Esto dificultó la interpretación diagnóstica postoperatoria. La CRMN y una duodenoscopia de visión frontal con biopsia y citología, apuntaron el diagnóstico, que se confirmó definitivamente en la reintervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN: El estudio de la región ampular y vías biliares por CRMN y endoscopia (ERCP o duodenoscopia frontal) pre o peroperatorio, parece imprescindible, independientemente de la sospecha diagnóstica inicial.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y DE SEVERIDAD CLÍNICA DE LA PANCREATITIS AGUDA

A. Villanueva Rodríguez, J. Iglesias García, J. Lariño Noia, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es la patología pancreática más frecuente y representa uno de los motivos principales de asistencia en los servicios de Aparato Digestivo. Las características epidemiológicas de la PA difieren en función del área geográfica y de las características sociodemográficas de la región. A pesar de los avances en el manejo de la PA, sigue siendo una patología con una morbi-mortalidad no despreciable

OBJETIVO: Estudiar las características epidemiológicas de las PA de nuestra Área Sanitaria así como su evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos todas las PA ingresadas en el Servicio de Aparato Digestivo del HCU de Santiago entre enero de 2000 y abril de 2002 (28 meses). Se realizó estudio de frecuencias en función de etiología, edad y sexo. Analizamos pronóstico y complicaciones según asignación de gravedad conforme a los Criterios de Atlanta.

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio se han registrado 320 pancreatitis agudas. La etiología biliar agrupa un total de 203 (63.42%), alcohólicas fueron 43 (13.4%), hipertriglicéridémicas fueron 8 (0.02%), de origen farmacológico 5 (0.01%) y de otro origen 19 (5.93%). Identificamos 42 (13.2%) PA de etiología idiopática. La edad media de los pacientes fue de 60.8 años, con una mediana de 67. La distribución según sexo fue de 144 (45%) hombres y 176 (55%) mujeres. Respecto a la severidad, hubo 67 (20.9%) graves y 253 (79.1%) leves. Las complicaciones se presentaron de la siguiente manera (% del total): Necrosis en 11 (3.4%), absceso en 1 (<0.1%), necrosis infectada en 3 (< 0.1%), insuficiencia respiratoria en 35 (10%), insuficiencia renal en 16 (5%), HDA en 5 (< 0.1%), shock en 9 (2%), sepsis en 14 (4%), coagulopatía en 7 (2%) y alteraciones metabólicas en 19 (5.9%). La mortalidad durante este periodo fue de 6 pacientes (1.8% del total y 8.9% de las graves).

CONCLUSIONES: La litiasis biliar es la causa más frecuente de pancreatitis aguda en nuestro medio, aunque persiste un porcentaje constante de alrededor del 10% donde desconocemos el origen. La complicación local y sistémica más frecuente son respectivamente la necrosis y la insuficiencia respiratoria. La mayoría de las PA cursan con levedad siendo la mortalidad baja.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ¿EL MÉTODO DE SCREENING IDEAL?

J. Iglesias-García, A. Villanueva, J. Lariño, M. Barreiro, M. Vilariño, J. Iglesias-Canle, J.E. Domínguez-Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

La pancreatitis crónica es una entidad posiblemente infradiagnosticada. Habitualmente el diagnóstico se alcanza en fases avanzadas de la enfermedad. El protocolo clínico habitualmente utilizado se basa en una ecografía abdominal descartándose frecuentemente patología pancreática en caso de negatividad de la exploración.

OBJETIVO: Evaluar la utilidad clínica de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la pancreatitis crónica en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica a seguimiento en la Unidad de vías biliares y páncreas del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico.

RESULTADOS: 54 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica se encuentran a seguimiento en nuestras consultas, 9 mujeres y 45 hombres. En todos ellos el diagnóstico se obtuvo empleando una o varias de las diferentes técnicas de imagen (ecografía abdominal, TAC abdominal, CPRE y colangio-RM). Fue realizada una ecografía abdominal en los 54 pacientes, TAC abdominal en 24 pacientes, CPRE en 22 pacientes y Colangio-RM en 14 pacientes. La ecografía abdominal fue diagnóstica en 28 (51,8%) pacientes, objetivándose en todos ellos calcificaciones pancreáticas (pancreatitis crónica grado III). En los restantes 26 (48,2%) pacientes fue necesario la realización de una prueba de imagen alternativa, TAC abdominal, colangio-RM y/o CPRE. De ellos, 3 presentaban una PC grado I, 8 una PC grado II y 15 un grado III.

CONCLUSIONES: La pancreatitis crónica se diagnostica de forma tardía, por ausencia de sospecha clínica y por no disponer de un test de screening eficaz. Ante la sospecha clínica, es adecuado realizar inicialmente una ecografía abdominal, por su bajo coste, disponibilidad y porque permite realizar el diagnóstico en el 50% de los pacientes. Sin embargo, la mitad de los pacientes no son diagnosticados ecográficamente, incluso en estudios morfológicos avanzados, por lo que es necesario asociar un segundo test de screening para poder excluir razonablemente la presencia de pancreatitis crónica. En este sentido los tests funcionales no invasivos pueden jugar un importante papel.

HÍGADO, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS (28 a 37)

CISTOADENOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Rey Simó, M. Juaneda, J.A. Moreno, A. Armada, G. Amigo, P. De Llano, F.¹ Sánchez González
Servicio de Cirugía General, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Urgencias Hospital USP-Santa Teresa, A Coruña, Servicio de Cirugía General "A" C.H. Juan Canalejo, A Coruña

Se estima que alrededor del 10% de los quistes pancreáticos son neoplásicos, y de ellos el mayor porcentaje corresponde a los Cistoadenomas Mucinosos, que dada su alta probabilidad de malignización (hasta un 80% contienen un epitelio manifiestamente atípico o carcinoma propiamente dicho) tienen una clara indicación quirúrgica en el momento de su diagnóstico. Presentamos el caso de una mujer de 39 años de edad, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución y en la que la exploración física revela la presencia de una masa palpable en mesogastrio. Tras los estudios preoperatorios de imagen oportunos se interviene electivamente objetivando gran masa en cuerpo y cola de páncreas en contacto con mesocolon, cara posterior gástrica y vasos esplénicos, por lo que se realiza pancreatectomía córporo-caudal y esplenectomía de necesidad.

El estudio anatomopatológico describió un cistoadenoma mucinoso de páncreas de 20x13 cm. sin focos de malignidad en los cortes realizados, con áreas de pancreatitis crónica en las zonas próximas al tumor.

La evolución de la paciente ha sido satisfactoria hasta el momento presente.

Se realiza revisión de esta entidad patológica conjuntamente con una visión global de los quistes pancreáticos.

PÓSTERS (26 a 54)

HEMATOMA DUODENAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

L. Sanz Álvarez, C. Ildelfonso Cienfuegos, J.M. Llera Fueyo, J. Granero Trancón
Hospital Francisco Grande Covián. Arriendas (Parres) Asturias

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en la litiasis biliar. Una complicaciones infrecuente de esta técnica es la lesión intestinal. Presentamos el caso de un hematoma duodenal que debutó tardíamente como intolerancia digestiva.

CASO CLÍNICO: Paciente hipertenso, con colelitiasis sintomática al que se realiza colecistectomía laparoscópica laboriosa por adherencias de la vesícula a las estructuras adyacentes debidas a colecistitis crónica agudizada. Una semana tras la cirugía comienza con intolerancia digestiva completa por lo que acude al hospital. En los estudios de imagen se visualiza colección en lecho vesicular compatible con hematoma postquirúrgico y hematoma intramural duodenal que produce estenosis de la luz del duodeno, con aflamamiento conservador con buena evolución y resolución en la TC abdominal de control del hematoma duodenal.

DISCUSIÓN: La colecistectomía laparoscópica tiene grandes ventajas, pero no está exenta de complicaciones. Aunque las más frecuentes son las lesiones de la vía biliar, las lesiones intestinales tienen una trascendencia clínica muy importante y raramente se visualizan intraoperatoriamente. La causa más frecuente de estas lesiones es la electrocoagulación, con perforación visceral en un segundo tiempo. Sin llegar a esos extremos, la disección de la zona duodenal puede producir hematomas o incluso desgarros.

Los síntomas del hematoma intramural duodenal consisten en náuseas y vómitos, derivados de la compresión de la vía digestiva. El tratamiento conservador es lo indicado, si se excluye perforación duodenal y en un plazo razonable hay una buena respuesta clínica. Tanto la punción percutánea, como el drenaje por vía laparoscópica o por laparotomía están indicados si la obstrucción duodenal es refractaria al tratamiento conservador.

La aparición de náuseas y vómitos tardíos tras colecistectomía laparoscópica, sobre todo si la cirugía fue dificultosa, debe hacernos pensar en la existencia de obstrucción de la salida gástrica secundaria a hematoma duodenal.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS TRAUMÁTICAS

C.G. Bernardo, C.A. Laso, A. Suárez, F. Navarrete, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas traumáticas son raras, suelen relacionarse en nuestro medio con traumatismos cerrados por accidente de tráfico. La sintomatología suele ser inespecífica, enmascarada por otras lesiones, el diagnóstico ha mejorado desde el desarrollo de las técnicas de imagen. El tratamiento en fase aguda se realiza por vía abdominal y sutura directa. Hemos revisado nuestra experiencia reciente.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el período comprendido entre enero 1991 y septiembre 2001, hemos atendido 30 pacientes con hernias diafragmáticas traumáticas, 22 hombres (73.3%) y 8 mujeres (26.7%). Su edad media fue 43.7 años (17-76). Se han estudiado datos epidemiológicos y clínicos, aspectos terapéuticos y posibles factores con relación evolutiva.

RESULTADOS: Han predominado las lesiones agudas, 19 pacientes (63.3%) sobre todo por accidente de tráfico, 17 (56.7%). 24 enfermos (80%) tenían afectación del diafragma izquierdo y 6 del derecho, no hubo lesiones bilaterales. En 18 casos (60%) había lesiones asociadas, abdominales en 14, torácicas en 3 y ambas en uno. Aunque en algunos enfermos no había clínica relacionada, 16 pacientes (53.3%) tenían sintomatología respiratoria y 8 digestiva. El diagnóstico se estableció por TC en 12 pacientes, seguido de la radiología simple en 6 como más notables. Todos los pacientes fueron intervenidos, por abdomen 21, vía torácica 7 y otras combinadas el resto. En la mitad de los pacientes se realizó cirugía asociada, sobre todo esplenectomía, 9 casos. Dieciséis pacientes (53.3%) presentaron alguna complicación; sistémica 10 (básicamente pulmonares), quirúrgica 8. Un paciente falleció por lesiones asociadas. La posibilidad de desarrollar complicaciones no se vio influida por ninguna de las variables de estudio.

CONCLUSIONES: Las hernias diafragmáticas traumáticas son poco frecuentes y suelen asociarse en nuestro medio a traumatismos cerrados. El diagnóstico se ha visto muy favorecido por la difusión de la TC, aunque la radiología simple puede ser suficiente. La morbilidad quirúrgica es elevada sobre todo respiratoria y la mortalidad directa prácticamente nula. La posibilidad de complicaciones no tiene precedentes.

PÓSTERS (26 a 54)

QUISTE MESÉNTERICO

A. Suárez, S. Del Valle, C.A. Laso, E. Barbón, C.G. Pravia, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: El quiste mesentérico, es toda tumoración de contenido líquido de cualquier origen patogénico que se sitúa entre las dos hojas del mesenterio. Constituye una entidad infrecuente dentro de los procesos patológicos abdominales. El diagnóstico preoperatorio es difícil, y en ocasiones se manifiesta con cuadros agudos que requieren intervención urgente.

CASO CLÍNICO: Una mujer de 57 años, agricultora, es trasladada desde un hospital comarcal por sospecha de formación vascular aneurismática en vacío izquierdo, había consultado por dolor paraumbilical izquierdo de tres meses de evolución con irradiación hacia espalda acompañado de sensación de masa móvil a ese nivel. En los antecedentes personales sobresalía HTA, reflujo gastroesofágico, histerectomía 10 años antes por metrorragias y traumatismo abdominal hacía 6 años que no requirió hospitalización.

La exploración general resultó normal, excepto en el abdomen, donde se palpaba una masa no dolorosa, móvil en sentido transversal, bien delimitada y localizada en zona hipogástrica. Los estudios analíticos sistemáticos de sangre y orina fueron normales. En la Rx de abdomen se observaba una calcificación redondeada adyacente a la apófisis transversa de L3. La ecografía reveló una estructura polilobulada, calcificada, en la hoja mesentérica sin relación con los vasos abdominales. El angio-tc define una masa bilobulada de 3x3.5 cm y 5.3x5.2 cm en su porción inferior en la raíz del mesenterio, independiente de los vasos iliacos, aorta y mesentérica inferior. La laparotomía confirma los datos de la radiología y muestra una tumoración situada en el mesenterio de yeyuno-íleon que se extirpa respetando la vascularización intestinal. El postoperatorio transcurre sin complicaciones, siendo alta al 5º día.

A. Patológica: Quiste mesentérico.

CONCLUSIONES: Los quistes mesentéricos (QM) son tumoraciones benignas poco frecuentes; no parece existir una edad típica de presentación aunque los autores coinciden en una preponderancia femenina en la edad adulta. La etiología es desconocida y aunque se cita la traumática, una de las teorías más aceptadas justifica su origen en malformaciones congénitas del desarrollo del tejido linfático, o bien ectopias del mismo. La localización más frecuente es el mesenterio del íleon (43%). No hay síntomas o signos patognomónicos de QM. Aproximadamente el 50% cursan de forma asintomática y las manifestaciones clínicas dependen del tamaño, localización o posibles complicaciones (hemorragias intraquísticas, vólvulo, infección, invaginación o rotura). La ecografía y TC son las exploraciones complementarias más útiles para su identificación. El tratamiento de elección es la escisión completa quirúrgica, y la laparoscopia parece un buen abordaje.

PÓLIPO FIBROIDE DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

A. Suárez, S. Del Valle, C.G. Bernardo, E. Barbón, M.F. Fresno, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: La obstrucción intestinal del adulto en el mundo occidental es consecuencia en la mayoría de los casos de adherencias, seguida a distancia de tumores malignos, hernias o enfermedad de Chron. La invaginación por un pólipo no alcanza el 2% de los casos. Esta rareza clínica nos ha animado a presentar este caso.

CASO CLÍNICO: Un hombre de 83 años acude a urgencias por dolor cólico periumbilical de 20 días de evolución acompañado de cierre intestinal en las últimas 48 horas. En los antecedentes personales destaca cardiopatía isquémica, y diabetes mellitus tipo II controladas con medicación oral.

En la exploración el abdomen estaba distendido, timpanizado en zona supraumbilical sin signos irritación peritoneal, con peristalsis suboclusiva, y no se apreciaban hernias. Tacto rectal: heces en ampolla, no masas ni signos de sangrado. En los estudios preoperatorios hay leucocitosis discreta en el hemograma. ECG: ACxFAX. Rx abdomen: dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en bipedestación y heces en ampolla rectal, compatible con obstrucción intestinal. **Enema Opaco:** normal. **Ecografía abdominal:** Invaginación de intestino delgado debido a tumoración polipoidea bien delimitada de 37 mm. de diámetro. **Tac abdomenio-pélvico:** "Obstrucción de intestino delgado alta" por invaginación con formación polipoidea. No líquido libre. Divertículos en sigmoides. Próstata aumentada de tamaño.

La intervención quirúrgica confirma la invaginación yeyunoileal actuando como cabeza de invaginación un pólipo de 3 cm. de diámetro. Se realiza resección de 10 cm. de intestino delgado con anastomosis T-T. La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria siendo dado de alta a los 7 días de la intervención. A. Patológica: Pólipo fibroide inflamatorio de Intestino Delgado.

CONCLUSIONES: Los pólipos inflamatorios de intestino delgado son tumores benignos, poco frecuentes constituidos por una proliferación submucosa de fibroblastos y colágeno acompañados sobre todo de infiltrado inflamatorio de eosinófilos. La etiología es desconocida, en algunas ocasiones se asocian a úlcera péptica, carcinoma gástrico o enfermedad de Crohn. La localización en intestino delgado representa el 20% de los casos. El síntoma de presentación más frecuente es el dolor producido por la obstrucción parcial, a menudo por invaginación. El sangrado oculto es el segundo síntoma en orden de frecuencia. El tratamiento es la resección quirúrgica. La recurrencia postoperatoria no está descrita.

PÓSTERS (26 a 54)

TUMOR RABDOIDE INTESTINAL

S. Del Valle, C.G. Bernardo, M.G. Palacios, M. Álvarez, F. Navarrete, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: Los tumores rabdoide extrarrenales malignos (TREM) son neoplasias muy infrecuentes. Los casos en adultos son aún más raros, es por ello por lo que hemos considerado interesante este caso tratado en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO: Una mujer de 52 años, administrativa, fumadora de 49 paquetes/año y perada de un fibroma de mama en 1988, ingresa en nuestra unidad para el estudio de una masa abdominal. La enferma refería dolor en vacío izquierdo de unos 3 meses de evolución con irradiación a la ingle y zona lumbar izquierda que aliviaba parcialmente con paracetamol y totalmente en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas. Además, distensión abdominal y síndrome general con pérdida de unos 6 kg. de peso.

En la exploración lo único que sobresalía era el dolor a la palpación en el flanco izquierdo, en donde se palpaba una masa dolorosa. En los estudios preoperatorios destacaba hemoglobina de 7.3 que requirió transfusión preoperatoria. Enema opaco: Comprensión extrínseca en 1/3 medio de colon descendente con escape de contraste a este nivel. TAC abdominal: Masa yeyunal que infiltra psoas izquierda y probablemente colon.

Se interviene a la paciente hallándose un tumor yeyunal que infiltra el colon descendente cerca del ángulo esplénico. Se reseca en bloque yeyuno y colon afectos y se realizan anastomosis término-terminales en yeyuno y en colon.

En el postoperatorio la paciente sufrió una pequeña fuga anastomótica y dos abscesos pélvicos que se resolvieron con tratamiento médico conservador. La paciente fue dada de alta a mes de haberse operado.

A. Patológica: Tumor rabdoide de intestino delgado infiltrando colon (T₄N₀M₀)

CONCLUSIONES: Los TREM son tumores altamente malignos, muy infrecuentes y típicos de infantes, los casos en recién nacidos y adultos son todavía más raros. El diagnóstico es difícil y se basa en los hallazgos inmunohistológicos. El pronóstico, aún tras una exéresis quirúrgica completa, es muy malo a corto plazo (supervivencia a los 5 años menor del 15%).

PÓSTERS (26 a 54)

HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE

S. Del Valle, C.G. Bernardo, A. Suárez, A.M. Mateos, J.J. González, J. Aza
Hospital Central. Universidad de Oviedo

INTRODUCCIÓN: Las hernias inguinoescrotales gigantes son una patología extremadamente infrecuente en la práctica diaria de la medicina y sobre las que se dispone de una escasa bibliografía. Por todo esto hemos considerado interesante este caso atendido en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO: Un hombre de 69 años, jubilado de una empresa siderúrgica y sin antecedentes personales de interés, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por aumento súbito en los últimos días del tamaño de una hernia inguinal, de unos 30 años de evolución, tras cuadro gripal con tos importante. El paciente no contaba ninguna clínica digestiva ni de otro tipo.

En la exploración destaca la presencia de una hernia inguinoescrotal derecha gigante que ocupaba los 2/3 superiores del muslo sin objetivarse signos de sufrimiento de las asas contenidas en la hernia.

El tamaño de la hernia que prácticamente impedía la deambulaci3n aconseja considerar la posibilidad de cirugía. En los estudios preoperatorios destaca espirometría con CV: 48% y VEMS 60%, aunque la pa)2 es de 88.9 mm. Hg. ECG: ACxFA. TC abdominal hasta rodillas: La mayor parte del intestino delgado y grueso así como el epiplon mayor est3n alojados en la hernia, p3rdida de domicilio?

Se inicia fisioterapia respiratoria seguida de intervenci3n quirúrgica por vía inguinal comprobando el contenido herniario descrito en TC. Tras resecci3n del epiplon mayor se logra reintroducir el contenido intestinal a la cavidad abdominal. El defecto de pared se subsan3 mediante la realizaci3n de una hernioplastia con "plug" de polipropileno confeccionado a medida y malla de refuerzo con el mismo material.

La evoluci3n postoperatoria del paciente fue satisfactoria siendo dado de alta a los 14 días de la intervenci3n, queda pendiente de que el servicio de urología realice circuncisi3n.

CONCLUSIONES: Las hernias inguinales gigantes son entidades nosol3gicas infrecuentes que requieren un tratamiento individualizado que ha de tener muy cuenta las ventajas e inconvenientes de cada una de las posibilidades terap3uticas. La p3rdida del derecho a domicilio y el defecto herniario son los condicionantes fundamentales del resultado. Una buena preparaci3n preoperatoria har3 disminuir los riesgos.

PÓSTERS (26 a 54)

CONTROL DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) EN PACIENTES POSTOPERADOS

M. Martínez Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro García, C. Sanmartín Bienzobas, J. Castro Otero, A. Casqueiro Rodríguez, B. Chamadoira Villaverde, M.A. Piñón Cimadevila

Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: La etiología del Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) es consecuencia, al elevarse la Presión Intraabdominal (PIA), de cuantos procesos intra o extraabdominales determinan un conflicto de espacio entre los órganos intraabdominales y las paredes que los delimitan.

OBJETIVO: Aportar nuestra experiencia en el manejo de la PIA y apostar por su control, en el postoperatorio de todos los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor, como parámetro evolutivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron los datos (según protocolo), entre ellos la PIA, de 75 pacientes (25 abdomenes agudos, 25 colecistectomía laparoscópicas (CL), y 25 postoperados de cirugía mayor). La medida de la PIA fue realizada antes de la inducción anestésica y de la intervención quirúrgica, durante la intervención, en el postoperatorio inmediato una vez despierto el paciente y cada cuatro horas el primer día de postoperatorio. Si el paciente no era dado de alta en 24-48 h., caso de las CL, la PIA era controlada, una vez al día, durante los días sucesivos a la intervención, hasta el 5º día, si no se presentaba complicaciones. Las medidas se llevaron a cabo en quirófano, reanimación y cuidados intensivos mediante transductores de control arterial y en planta con sistemas de presión venosa central.

RESULTADOS: Preoperatoriamente, la PIA media de los pacientes con abdomen agudo fue de 22 mmHg (entre 18 y 48); la PIA media en todos los pacientes programados, se halló dentro de la normalidad. Durante la intervención la PIA de los pacientes con Abdomen agudo y programados por otras patologías y que no se intervinieron con CL, se mantuvo dentro de la normalidad. Como era lógico, los intervenidos mediante CL, la PIA, iatrogénica, aunque controlada y mantenida durante toda la intervención, se mantuvo entre 9-14 mmHg. En el postoperatorio inmediato, los pacientes intervenidos por un cuadro de abdomen agudo siguieron presentando cifras similares, e incluso superiores a las preoperatorios, e iban descendiendo progresivamente a lo largo de las horas y días si no aparecían complicaciones. En los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica y demás enfermos programados, la PIA postoperatoria inmediata aparecía elevada (grados I-II de Burck), para normalizarse, cuando no aparecían complicaciones en 24-48 h. En un caso paradójico, y que nos retrasó la reintervención quirúrgica en una paciente intervenida por neoplasia de recto, en el 5º día de postoperatorio, la PIA bajo de 19 cm. de H₂O a 12. La paciente presentaba fallo de sutura intestinal.

CONCLUSIONES: El método para el control de la PIA es sencillo y lo puede llevar a cabo el personal de enfermería de las unidades de reanimación posquirúrgica, cuidados intensivos y de plantas de hospitalización. Su control y seguimiento supone una variable fiable para la valoración de la evolución de pacientes intervenidos por cirugía mayor.

PSEUDOTUMOR FIBROSO CALCIFICANTE

M. Martínez Alarcón, I. Lorenzo García, E. Barreiro Domínguez, D. Durán Vila, R. Guitián Iglesias, M. Carballal Lugrís, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: El pseudotumor fibroso calcificante es una entidad anatomopatológica definida en 1993 en tejidos blandos y pleura. Se caracteriza por la presencia de nódulos fibróticos, bien delimitados, de aspecto hialinizado, escasamente celular y en los que destacan los cuerpos de psamoma o calcificaciones distróficas con infiltrado linfoplasmocitario de tipo crónico inespecífico. En 1977 fueron publicados por Kocova et al. los primeros cuatro casos en peritoneo visceral (dos en estómago y dos en intestino delgado) y en 1999 un quinto caso con infiltración de la serosa gástrica, intestinal y el peritoneo parietal, publicado por Dorpe y col. Aportamos un nuevo caso similar al descrito por este último autor.

OBJETIVO: Presentamos un caso de pseudotumor fibroso calcificante en el que se indicó la intervención quirúrgica por dolor abdominal de carácter crónico desde hacía cuatro años y ante la sospecha de recidiva de un ganglioneuroma peritoneal intervenido hacía quince años.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años apendicectomizado e intervenido por quiste onfalomesentérico con los cuatro años. 6 años después, se le extirpa un ganglioneuroma abdominal. Durante varios años fue asistido, en múltiples ocasiones, en diversos servicios de urgencias por dolores abdominales de carácter cólico que nunca se acompañaron de náuseas ni vómitos. Los dolores aumentaron en los últimos meses tanto en intensidad como en frecuencia. En las exploraciones complementarias realizadas (ECO, TAC, RNM) se comprobó la existencia de una masa izquierda, de unos 14 cm. de diámetro, de la que no se determinó su etiología. Análíticamente no se detectó anomalía alguna. Fue intervenido quirúrgicamente con la sospecha de ganglioneuroma recidivante. La laparotomía confirmó la existencia del tumor descrito en las exploraciones radiológicas y de múltiples tumoraciones menores de 2 cm., repartidas por todo el abdomen incluido el epiplón, que se extirparon y de un "ovillo" de asas en ileon terminal que era el causante, probablemente, de las crisis dolorosas y con el que se procedió a su devanamiento y posterior reconstrucción según técnica de Child. El dictamen peroperatorio y definitivo de las masas tumorales fue de pseudotumor fibroso calcificante.

CONCLUSIONES: El pseudotumor fibroso calcificante intraabdominal es una entidad muy poco frecuente. Los estudios radiológicos pueden detectar la existencia de masas grandes, pero difícilmente detectan las de menos de dos cm. y nunca son concluyentes para diagnosticar este tipo de tumor. Las tumoraciones, de pequeño tamaño, en nuestro caso, no fueron determinantes de la clínica ni de la indicación quirúrgica. El potencial metastático de este tipo de tumor, en principio benigno, es desconocido (dos casos publicados extraabdominales).

PÓSTERS (26 a 54)

HISTIOCITOMAS FIBROSOS MALIGNOS (22 CASOS)

M. Martínez Alarcón, A. Minwer Barakat, E. Domínguez Comesaña, A. Lede Fernández, A. Pérez-Batallón Míguez, M.C. Prieto Gómez, R. Pardavila Gómez, M.A. Piñón Cimadevila
Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas cuando presentan un origen mesenquimal normal ofrecen pocas dudas para su clasificación histológica; pero, ocasionalmente, cuando son varios los elementos histológicos en el mismo tumor, el diagnóstico histológico, claro, puede llegar a ser extremadamente difícil para el patólogo, necesitando, para su diagnóstico y clasificación tanto de estudios histológicos como inmunohistoquímicos. Es el caso de los Histiocitomas Fibrosis Malignos (HFM), incluidos dentro del grupo de los sarcomas (S), con los que actualmente existe una gran controversia sobre su concepto como entidad con personalidad propia. Según publicaciones consultadas, en el 74% de los HM el diagnóstico morfológico y el inmunohistoquímico coinciden, mientras que en el 79% de los HFM clasificados como pleomórficos donde se incluyen todos los sarcomas pleomórficos, debe insistirse desde el punto de vista inmunohistoquímico para diferenciarlos e incluirlos dentro de una línea de diferenciación determinada.

OBJETIVO: Se analizan los resultados y la experiencia de nuestro Servicio en el tratamiento de 22 pacientes diagnosticados de HFM desde marzo de 1993 a abril de 2002. Analizamos el modo de actuar desde el punto de vista quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el período estudiado se intervinieron 22 pacientes con una edad media de 69 años y una distribución por sexos de 16 varones y 6 hembras. En todos los casos se registró la edad, sexo, clínica, localización del tumor y su tamaño, tipo histológico, estudio inmunohistoquímico, tratamiento quirúrgico y evolución.

CONCLUSIONES: De los 22 HFM, 6 fueron tipificados como pleomórficos, 5 de hematofibromas protuberans, 2 mixoides, 1 pleomórfico/mixoide, 1 sarcomatoide, 1 fibroxantoma atípico, 1 fibroangiomatoide y en 5 casos no se llevó a cabo la tipificación. Son más frecuentes en hombres que en mujeres, y fundamentalmente lo padecen los adultos. La localización más frecuente es en miembros inferiores, cadera, extremidades superiores y en retroperitoneo. Suelen ser circunscritos. Los marcadores inmunohistoquímicos no son específicos. Resulta difícil la clasificación incluso para el anatomopatólogo. El cirujano suele extirpar las tumoraciones con discretos márgenes de seguridad, por lo que se ve obligado a la reintervención debido a la alta tasa de recurrencia local. Los HFM de peor pronóstico son los de tipo Pleomórfico y los Mixoides y de Células Gigantes (raros) de alto grado, debido a su gran potencial metastatizante. Son factores de mal pronóstico, también, todos los HFM con tamaño superior a 5 cm., cuando su localización es profunda y por supuesto cuando la exéresis es incompleta.

ABDOMEN AGUDO DE CAUSA INFRECUENTE

J.M. Llera, J. Granero, C. Ildefonso, L. Sanz, B.J. Méndez

Hospital del Oriente de Asturias

OBJETIVO: Se pretende hacer hincapié en el valor de una anamnesis y exploración física detalladas como base para realizar un correcto diagnóstico mediante otras técnicas, analizando un caso clínico infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal. Antecedentes de cesárea y ooforectomía izquierda por teratoma hace 9 meses. El dolor tiene 24 horas de evolución, está localizado desde su inicio en FID y se acompaña de vómitos de aspecto alimenticio y febrícula. No disuria ni dismenorrea.

En la exploración física presenta febrícula de 37.4° y abdomen doloroso a palpación en hipogastrio y FID, más acentuado en la parte baja, con defensa a ese nivel y rebote positivo. Sensación de distensión abdominal, con ruidos peristálticos hiperactivos. La analítica mostró un hemograma con 17.640 leucocitos y desviación izquierda. Se realiza un tacto rectal en el que se percibe una sensación de abombamiento en pared lateral derecha, doloroso a la presión. La exploración ginecológica no revela patología. La radiología simple de abdomen presenta dilatación de asas intestinales con heces en marco cólico derecho y signos de obstrucción.

Aunque el cuadro inicialmente había sido etiquetado de apendicitis aguda, existen datos en la anamnesis y la exploración que no son propios de esta, por lo que se pide una ecografía, que muestra en FID y zona pélvica una estructura de contenido aéreo y líquido (posiblemente quística). Se realizó entonces un TAC, apreciándose que dicha estructura corresponde a una asa intestinal estrangulada en relación con una hernia interna a través del ligamento ancho del útero, y que ocupa parte de la pelvis derecha.

Con este diagnóstico se realiza laparotomía urgente, comprobándose obstrucción intestinal por herniación del intestino delgado, existiendo un segmento de unos 15 cm. con signos de necrosis, que es necesario resecar. El orificio herniario a través del ligamento ancho tiene 1.5 c., y se realiza cierre primario del mismo. La paciente evoluciona sin complicaciones.

CONCLUSIONES: La realización de una cuidadosa exploración física es siempre imprescindible, atendiendo a todos los signos y síntomas, aún cuando a primera vista el diagnóstico parezca claro.

PÓSTERS (26 a 54)

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN ENDOSCOPIA

J.M. Llera, L. Sanz, J. Granero, C. Ildefonso

Hospital del Oriente de Asturias

OBJETIVO: Analizar las indicaciones y los hallazgos de los estudios endoscópicos en una unidad de hospital comarcal para evaluar la efectividad diagnóstica de la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha tomado una muestra aleatoria de 100 estudios endoscópicos (gastroscopia y colonoscopia) realizados por un mismo endoscopista en nuestra unidad durante el año 2001, y analizado las variables edad, sexo y servicio peticionario del estudio. Se ha hecho una comparación entre los diagnósticos previos y los hallazgos endoscópicos, estableciendo la concordancia entre ambos.

RESULTADOS: La edad media de nuestros pacientes ha sido de 59.14 años (21-90). El 63% eran varones y el 37% mujeres. Se realizaron 46 gastroscopias y 54 colonoscopias. El servicio peticionario fue Medicina Interna en el 66%, Cirugía General en el 32% y otro servicio en el 2%. El total de pruebas válidas para el estudio fue de 93, excluyéndose 7 por varias razones: intolerancia a la prueba, mala preparación colónica, no concluyente o incompleta. El estudio se describe como normal en 22 casos (23.66%) y patológico en 71 (76.34%). La concordancia entre el diagnóstico previo y los hallazgos endoscópicos se dio en 57 casos (61.3%), no existiendo en 36 (38.7%). Se realizó biopsia en el 60% de los estudios. Presentó mayor grado de similitud entre el diagnóstico previo y el endoscópico el servicio de Cirugía General frente al de Medicina Interna, con diferencia significativa según el análisis de chi-cuadrado.

Respecto al tipo de estudio la concordancia fue mayor para los estudios gastroscópicos que para las colonoscopias no obteniéndose diferencias significativas en el chi-cuadrado.

CONCLUSIONES: La efectividad diagnóstica de la endoscopia es alta, pero existe un porcentaje importante de estudios en los que aparecen discordancias entre el diagnóstico inicial y los hallazgos de la prueba.

PÓSTERS (26 a 54)

RESULTADOS POSTOPERATORIOS DE LA HEMORROIDECTOMÍA POR GRAPADO CIRCULAR, MEDIANTE ANESTESIA GENERAL VERSUS ANESTESIA ESPINAL

R. Cervero, J. Bermejo, J.I. Arias, D. Fernández Villanueva, J. Granero,

R. Freitas, M. Garrote, A. Terrero, P. Castro

Hospital Monte Naranco. Oviedo

OBJETIVO: Comparar los resultados postoperatorios a corto plazo de la técnica de Longo realizada mediante anestesia general versus espinal.

MÉTODO: Desde abril del 2000 a abril del 2002, 15 pacientes fueron sometidos a hemorroidectomía mediante la técnica de Longo bajo anestesia general o Grupo A y anestesia espinal en otros 10 o Grupo B. La edad media fue de 47,2 años. Predominó la proporción de mujeres en el Grupo A con respecto al Grupo B (9/15 vs 1/10, $p < 0.001$). En todos los casos la anuscopia reveló la existencia de hemorroides internas, asociándose sangrado en el 96%, dolor, 36%, tenesmo, 8%, prolapso, 4% y trombosis en el 4%. La revisión postoperatoria se realizó a los treinta días de la intervención.

RESULTADOS: No hubo diferencias estadísticamente significativas (E.S.) en la duración de la intervención, media de 35.6 ± 9.6 minutos, o en la estancia hospitalaria de los pacientes del Grupo A con respecto al Grupo B, 1.8 ± 0.4 vs 1.7 ± 0.6 , $p > 0.05$. Destacando entre las complicaciones inmediatas la retención de orina en dos pacientes del Grupo B, 8%, que se administró cloruro mórfico y en un paciente del Grupo A, 4%.

La analgesia pautada en las primeras 24 horas no mostró diferencias E.S. en ambos Grupos y consistió en la administración de Ketorolaco trometamol o Metamizol magnésico, media de 3.2 comprimidos, rango 1-5 y en el 80% de los casos la administración de Dolantina, media 105,7 mg, rango 50-210.

La A.P. certificó la presencia de mucosa y submucosa, predominado en el Grupo A la proporción de muestras con presencia de muscular propia, con respecto al Grupo B, 6/15 vs 1/10, $p < 0.057$, hallazgos que se correlacionaron con la aplicación inicial de la técnica quirúrgica. En la revisión a los treinta días, los pacientes no describen alteración en la regulación de la defecación o dolor, pero si tenesmo en tres pacientes, 12%, sangrado, 12/ y observamos nódulos residuales en cinco casos, 20%.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados preliminares confirman que ambas modalidades de anestesia son efectivas y seguras. No influyen en el tiempo quirúrgico y no requieren modificar la analgesia postoperatoria.

PÓSTERS (26 a 54)

LA COLONOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA ¿ESTÁ REALMENTE CONTRAINDICADA?

B. López Viedma, C. Aba Garrote, V. Alvarez Sánchez, D. Carpio López, L. Ledo Barro,
J.L. Ulla Rocha, M.J. Vázquez San Luis, E. Vázquez Astray
Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN: La diverticulitis aguda aparece como complicación evolutiva de la enfermedad diverticular colónica hasta en un 20% de casos. El método diagnóstico recomendado en la mayoría de los estudios y de las reuniones de consenso es la T.A.C., a pesar de tener una sensibilidad inferior al 70%, siendo la indicación de la colonoscopia controvertida, existiendo pocos estudios que comparen la seguridad de los estudios endoscópicos.

OBJETIVO: Analizar la seguridad y fiabilidad de la colonoscopia como exploración diagnóstica de primera intención en el diagnóstico de la diverticulitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las colonoscopias realizadas en nuestro servicio entre los años 1999 y 2001 (n=7.255), analizándose aquellas indicadas por dolor abdominal, en las que se había descartado perforación abdominal por exploración física y por radiología. La diverticulitis aguda fue el diagnóstico endoscópico principal en 40 casos (0,6%), realizándose pancolonoscopia en el 32,5% de casos. Los hallazgos más frecuentes fueron eritema, edema y exudado purulento en sigma. En nueve pacientes (22,5%), la exploración se realizó de forma ambulatoria, procediéndose a ingreso hospitalario para tratamiento tras el diagnóstico endoscópico. La colonoscopia fue la exploración diagnóstica inicial en el 83% de casos, sin realizarse en la mayoría de los casos ninguna otra exploración diagnóstica de confirmación. Sólo en un caso (2,5%), en el que se realizó pancolonoscopia, se produjo complicación atribuible a la técnica endoscópica, precisándose intervención quirúrgica por perforación de un divertículo de sigma.

CONCLUSIÓN: La colonoscopia es una exploración fiable y segura como método diagnóstico inicial ante la sospecha clínica de diverticulitis aguda.

PÓSTERS (26 a 54)

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA HERNIA HIATAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS DE IMPLANTACIÓN

R. Baldonado Cernuda, J.A. Álvarez Pérez, I. García Bear, J.A. Suárez Solís,
J.I. Jorge Barreiro
Hospital San Agustín de Avilés

INTRODUCCIÓN: La vía laparoscópica para la realización de técnicas antirreflujo y reparación de hernias diafragmáticas presenta resultados similares a la cirugía abierta y ventajas propias de la cirugía mínimamente invasiva. Presentamos los resultados correspondientes a los 2 primeros años de implantación de este tipo de intervención en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: La 1ª intervención laparoscópica se realizó el 22 de marzo del 2000, desde entonces y hasta abril de 2002 (2 años) se han intervenido 34 pacientes con hernia hiatal. Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de las siguientes variables: sexo, edad, tipo de hernia, clínica, indicación, tiempo de intervención, técnica, reconversión, complicaciones, estancia y resultados funcionales en el seguimiento.

RESULTADOS: 34 pacientes (24 hombres (70,6%) y 10 mujeres) con edad media de 45,4 años (21-74). El tipo de hernia era por deslizamiento en 32, paraesofágica en 1 y mixta en 1 caso. Diez pacientes (29,4%) presentaron algún tipo de enfermedad asociada. Las manifestaciones clínicas fueron: reflujo y pirosis en 32 (94,1%), dolor retroesternal en 2 (5,8%) y laringitis de repetición en 1 (2,9%). Se encontró esófago de Barret en 9 (26,5%). Participaron como primer cirujano 5 facultativos. El tiempo medio de intervención fue de 197 minutos (90-300) disminuyendo progresivamente con la curva de aprendizaje. Las técnicas realizadas fueron Nissen en 23 (67,6%), Toupet en 6 (17,6%), Dor en 4 (11,8), Malla Goretex en 1 (2,9%). Se reconvirtió en 6 casos (14,7%). Tres (8,8%) pacientes presentaron algún tipo de complicación. La estancia media global fue de 6,3 días y los resultados funcionales fueron: diafagia durante primeros 2 meses y posterior desaparición en 19 (55,9%), Disfagia leve persistente en 3 (8,8%). Un paciente (2,9%) presenta síntomas de reflujo no confirmado radiológicamente. El resto se encuentran asintomáticos.

CONCLUSIONES: La funduplicatura laparoscópica en nuestra experiencia se confirma como una técnica efectiva, con estancia hospitalaria corta y buenos resultados funcionales.

¿ES EL CITOMEGALOVIRUS PATÓGENO EN LA COLITIS ULCEROSA CORTICORRESISTENTE?

J. Cubiella, E. Sánchez, M.S. Díez, E. González, M. Vega

Digestivo. Hospital Cristal-Piñor. CHOU. Ourense

INTRODUCCIÓN: La infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa se ha revelado como un fenómeno frecuente en los brotes refractarios, estando la incidencia estimada en el 36%. Describimos la evolución de una serie de pacientes con colitis ulcerosa, refractaria y colitis por CMV.

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre enero de 2001 y diciembre de 2001, seis pacientes con brotes refractarios a tratamiento esteroideo, fueron evaluados mediante tinción de hematoxilina-eosina e inmunofluorescencia indirecta frente a antígeno de CMV. En tres pacientes se detectó infección colónica por CMV. La edad de los pacientes se situó entre 22 y 66 años, 2 de los pacientes eran mujeres. En el momento del diagnóstico, recibían tratamiento esteroideo (1 mg/kg día) y uno de los pacientes precisaba tratamiento inmunosupresor (ciclosporina A). Los pacientes presentaban brotes clínicos severos. El estudio endoscópico reveló dos brotes extensos y uno izquierdo con datos endoscópicos e histológicos de gravedad. Dos de los pacientes fueron tratados con ganciclovir (10 mg/kg día durante 21 días) y un tercer paciente requirió ganciclovir y foscarnet (90 mg/kg día durante 21 días) por persistencia de la infección por CMV. Al finalizar el tratamiento, se repitió la endoscopia siendo las biopsias negativas para el CMV en los tres pacientes. Aunque los datos clínicos y los marcadores serológicos mejoraron tras el tratamiento, permitiendo reducir la dosis de corticoides, en el estudio endoscópico persistían datos de actividad inflamatoria leve.

CONCLUSIONES: La sobreinfección por CMV en brotes refractarios de colitis ulcerosa es un fenómeno frecuente. Aunque en nuestra experiencia, el tratamiento específico del citomegalovirus mejora el cuadro clínico, permitiendo la reducción del tratamiento esteroideo, se requieren estudios controlados para valorar esta estrategia.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU

A. Martínez, E. Alexandre, F. Vizoso, T. González-Pinto, J.J. González González, M. Delgado
Hospital de Jove y Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL), proceso hereditario autosómico dominante, motivado por una mutación de un gen supresor tumoral localizado en el brazo corto del cromosoma 3, condiciona la aparición de tumores en diversos órganos. Se presenta el caso reciente de un paciente afecto de este síndrome que experimentó ictericia obstructiva y dolor abdominal.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente de 50 años que consulta por dolor en hipocondrio derecho e ictericia progresiva de siete días de evolución.

Como antecedentes personales destaca el diagnóstico de enfermedad de Von Hippel-Lindau habiendo sido intervenido por carcinoma de células claras de riñón izquierdo y feocromocitoma bilateral en 1994 realizándose nefrectomía radical izquierda, suprarenanectomía bilateral y esplenectomía. Y, siete años más tarde de carcinoma de células claras de riñón derecho practicándose resección polar superior, colecistectomía y apendicectomía.

Al ingreso el paciente presentaba ictericia cutáneo-mucosa como único signo clínico. En la analítica destacaba una bilirrubina total de 4,7 con directa de 4,2, GOT de 205 U/ℓ, GPT de 624 U/ℓ GGT de 2.029 U/ℓ y fosfatasa alcalina de 593 U/ℓ.

ECO y TAC no mostraban hallazgos significativos. Sin embargo, la colangiografía evidenciaba un defecto de repleción del colédoco sugiriendo coledocolitiasis como primera posibilidad. Por ello, se realizó una CPRE en la que se observa una estenosis de aparente naturaleza neoplásica. Así pues, el paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose una resección del colédoco y anastomosis hepaticoyunal en Y de Roux.

El informe anatomopatológico fue de carcinoma neuroendocrino grado II de células claras (carcinoide con rasgos citológicos moderadamente agresivos).

DISCUSIÓN: Los tumores carcinoides de la vía biliar extrahepática son raros, representando del 0,2 al 2% de los carcinoides extraintestinales (están descritos unos 28 casos en la literatura). Su sintomatología clínica y los estudios de imagen los hacen indistinguibles de otros tumores de la vía biliar principal. Sin embargo, se han descrito con relativa frecuencia en pacientes portadores del síndrome de VHL, debutando con ictericia y dolor abdominal, y estando asociados con una menor agresividad local y una menor incidencia de metástasis en comparación con los colangiocarcinomas.

PÓSTERS (26 a 54)

ESTADO ACTUAL DE LA UTILIZACIÓN DE AZATIOPRINA EN LOS ENFERMOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL EN NUESTRO SERVICIO

S. Ortiz Marín, A. Echarri Piuado, V. Trasancos Buitrago, L. Dancausa Martín, J. Castro Alvaríño
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcede-Profesor Novoa Santos. Ferrol

INTRODUCCIÓN: El uso de azatioprina en la enfermedad inflamatoria intestinal (EICI) se ha incrementado en los últimos años. Inicialmente prescrita para el tto. de la colitis ulcerosa, su uso se extendió a la enfermedad de Crohn cuando Brooke y colaboradores observaron el cierre de fístulas enterocutáneas en 1969, desde entonces se han publicado numerosos estudios en los que la azatioprina se ha postulado como una terapia eficaz y relativamente segura en pacientes seleccionados con EICI.

PACIENTES Y MÉTODOS: La azatioprina se empleó en 27 pacientes (22 Crohn/5 Colitis ulcerosa) con el siguiente rango de dosis (50-150 mg) El número de enfermos tratados se obtuvo a partir de una base de datos. Posteriormente tras revisión de las historias clínicas se obtuvieron de forma retrospectiva los datos relativos a indicaciones, dosificación, determinación de TPMT, duración de tratamiento, eficacia, motivo de retirada y toxicidad de la azatioprina en nuestra serie. La retirada se llevó a cabo en relación con toxicidad, intolerancia, tratamiento prolongado o falta de eficacia.

RESULTADOS: Se expresan en la siguiente tabla

Indicación	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Corticorefractariedad	1	3
Corticodependencia	8	2
Enfermedad fistulizante	13	

EFFECTOS SECUNDARIOS: Exantema cutáneo (1 paciente con EC), sepsis (1 paciente con colitis ulcerosa), pancreatitis (1 paciente con EC), fiebre y artralgias (1 paciente con EC), náuseas y epigastralgia (1 paciente con EC).

INTOLERANCIA: Cefalea (1 paciente con EC).

No se obtuvo beneficio en 5 pacientes (3 con EC/ 2 con CU).

CONCLUSIONES:

1. La enfermedad de Crohn en nuestra serie representa el 81.48% de casos tratados, siendo la indicación mayoritaria la enfermedad fistulosa.
2. Se registraron efectos secundarios en un 18.5%, siendo en 4 de los 5 casos reacciones de tipo alérgico, que ocurrieron dentro de las 3-4 semanas de inicio de tratamiento e independiente de la dosis.
3. La retirada de la inmunosupresión mayoritariamente estuvo en relación con toxicidad o falta de eficacia.

HUESO DE POLLO ENCLAVADO EN SIGMA, EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA CON ASA DE POLIPECTOMÍA

J. Castro Alvaríño, A. Echarri Piudo, L. Dancausa Martín, S. Ortiz Marín, V. Trasancos Buitrago,

J. Viñas Martínez

C.H. A. Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol

INTRODUCCIÓN: La mayor parte de los cuerpos extraños ingeridos accidentalmente discurren por el tubo digestivo sin ocasionar ningún tipo de sintomatología, expulsándose en un plazo medio de 1 semana. La clínica más frecuente es secundaria a impactación esofágica con resolución endoscópica en una alta proporción de los casos mientras que los síntomas relacionados con oclusión, perforación o penetración en tracto digestivo inferior son de mayor dificultad diagnóstica y en más de la mitad de los casos conllevan una actitud terapéutica quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Mujer de 67 años con antecedentes de HTA y enfermedad diverticular de sigma. Acude a urgencias por clínica progresiva de dolor en vacío y fosa iliaca izquierda de 4 días de evolución con aumento de intensidad en las últimas 24 horas. Presenta un ritmo intestinal alternante, sin expulsión de productos patológicos, con aumento del color al realizar esfuerzos defecatorios. La paciente está afebril, apreciándose un abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal y con dolor localizado en FI.

ANALÍTICA: Anemia normocítica (Hb 10,9, Hto 30,8). Leucocitos 9.900. Fórmula normal. Resto de parámetros bioquímicos normales. Ecografía/TAC abdominal: Asa sigmoidea con engrosamiento parietal, apreciándose cuerpo extraño de unos 4 cms. en sentido longitudinal, calcificado, fijo que podría corresponder a hueso de pollo penetrado en pared de sigma con reacción inflamatoria secundaria confirmándose en una primera visión endoscópica. Dada la estabilidad clínica de la paciente, y al no existir datos de perforación o absceso se realiza colonoscopia con intención terapéutica bajo sedación profunda y control de anestesia, localizándose hueso de pollo en sigma en un área de diverticulosis severa con discreta afectación mucosa estando el hueso aparentemente impactado o insinuado entre dos orificios diverticulares. Se moviliza sin trauma excesivo, enlazándolo con asa de polipectomía por uno de sus extremos, extrayéndolo sin dificultad. La paciente presenta buena evolución clínica con desaparición del dolor, siendo dada de alta a las 48 horas.

CONCLUSIONES: La ingesta involuntaria de cuerpos extraños se relaciona con la edad, la utilización de dentaduras postizas que disminuyen la sensibilidad gingivo-palatina, abuso de alcohol, malos hábitos alimentarios o episodios previos de isquemia cerebral. El 80% de los objetos ingeridos recorren el tracto gastrointestinal sin complicaciones, pero un tercio de los cuerpos punzantes pueden causar lesión, penetración o perforación. El 50% de las perforaciones son debidas a espinas de pescado o huesos de pollo. La unión ileo-cecal, colon sigmoide y ano son las localizaciones más frecuentes de complicación que se favorece si existe enfermedad asociada como bridas, estenosis o enfermedad diverticular. La extracción endoscópica del cuerpo extraño enclavado en casos seleccionados constituye una alternativa a la cirugía convencional. La utilización de sedación profunda/anestesia favorece la técnica, habiéndose descrito distintas maniobras de extracción mediante el uso de balón de dilatación, asa de polipectomía, pinzas o cesta de Dormia.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE COLITIS ISQUÉMICA: MASA ABDOMINAL Y PNEUMATOSIS QUÍSTICA SECUNDARIA

J. Viñas Martínez, R. García Castro, J. Gómez Feijoo; J. Castro Alvaríño, V. Trasancos Buitrago
C. García-Pintos Fontoira
C.H. A. Marcide-Prof. Novoa Santos

INTRODUCCIÓN: La colitis isquémica es una entidad infrecuente con variable presentación clínica y a menudo agresiva, caracterizada por disminución del flujo sanguíneo de causa obstructiva o situaciones de bajo gasto que produce diferentes grados de necrosis tisular local y repercusión sistémica. El dolor abdominal y la rectorragia son las manifestaciones clínicas más comunes.

CASO CLÍNICO: Varón de 67 años que refiere dolor abdominal localizado en cuadrante inferior izquierdo sin fiebre o rectorragia asociadas. Ex. Físico: Normal, salvo presencia de masa dolorosa palpable que abarca todo hemiabdomen izquierdo. Exp. Complementarias: Analítica sin alteraciones; Tax abdominal: Engrosamiento parietal de sigma y descendente con líquido libre en parietocólico izquierdo y signos infiltrativos de densidad grasa en la zona; Enema Opaco: Disminución del calibre en colon izquierdo y engrosamiento de pliegues con morfología de huellas digitales en todo el descendente; Colonoscopia: Afectación inflamatoria difusa global desde recto con notable engrosamiento de pared y formación de bullas o pseudobullas que colapsan o burbujan al usar la pinza de biopsia. Dx endoscópico sugestivo de Pneumatosis quística intestinal probablemente secundaria a colitis inflamatoria o isquémica; Histología: Inflamación crónica; Intervención Quirúrgica: Colectomía izquierda, colectomía transversa y cierre de muñón rectal. Se objetivo masa inflamatoria seudotumoral de ángulo esplénico a recto con gran retracción del meso sin plano de cribaje; A. Patológica: Colitis isquémica. Evolución postoperatoria favorable sin tratamiento.

CONCLUSIONES: La colitis isquémica es una enfermedad potencialmente grave que requiere un alto índice de sospecha para su Dx temprano. En algunos casos es autolimitada. La presentación como masa abdominal de gran tamaño sin clínica previa característica junto a datos endoscópicos sugestivos de pneumatosis quística presumiblemente secundaria plantea un complejo Dx. Diferencial por su atipicidad. Aunque la clínica combinada con los estudios de imagen (Rx, Eco, TAC, RMN, Colonoscopia, Arteriografía) es habitualmente de alto rendimiento en caracterización y seguimiento de estos pacientes o sus complicaciones, a veces necesidad de tratamiento quirúrgico condicionado por la gravedad del cuadro o extensión de la lesión permite un Dx de certeza en la laparotomía, no siempre fácil en caso de colitis difusa y/o afectación rectal en ausencia de rectorragia. La mortalidad global es alta en los cuadros agudos variando desde un 50% en las formas gangrenosas perforadas al 28% en formas no perforadas.

PÓSTERS (26 a 54)

ESTUDIO DE LA SUPERVIVENCIA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER RECTAL

I. Monjero, O. Maseda, A. Álvarez, M. Moreda, J.A. Costa, J. Conde, F. Arijá
Hospital Xeral-Calde. Lugo

INTRODUCCIÓN: La supervivencia del cáncer de recto varía en función de muchos parámetros. El objetivo de estudio es analizar la supervivencia y los factores que influyen sobre ella.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de 100 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre enero del 96 y diciembre del 98, elaborándose un protocolo que incluía las siguientes variables: edad, sexo, retraso en el diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica, estadio (Dukes y TNM), margen distal, recidiva local y metástasis. Se utilizó el método de χ^2 para el análisis de las variables cualitativas, la T de Student para las cuantitativas y las curvas de Kaplan Meier para la supervivencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La serie consta de 100 pacientes (58 V-42 M), con edad media de 71 años. El retraso diagnóstico se cifró en 9 días. Se realizó colostomía en 4 ocasiones y en el resto algún tipo de resección. La mayoría (M=85) fueron moderadamente diferenciados. 14 tumores se encontraban en un grado A de Dukes, 40 en B, 30 en el C y 8 en el D. Con respecto al TNM: 27% pertenecían al estadio I, 27% al II, 29 al III y 8% al IV. La media de seguimiento fue de 39 meses y al final del mismo, 66 pacientes estaban vivos. Durante el seguimiento 9 pacientes desarrollaron metástasis hepáticas y otros 9 otros tipos de metástasis. La recidiva global fue de 31% y su tiempo medio de aparición fue de 18 meses. Se encontró una relación significativa ($p=0.02$) entre la recidiva locorregional y el grado de invasión transmural, deduciéndose que los tumores en T1 y T2 tienen una menor probabilidad de desarrollar recidiva loco regional. El estudio de la supervivencia demuestra una relación significativa con respecto al estadio.

PÓSTERS (26 a 54)

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA: VALORAR LA RESPUESTA CLÍNICA NO BASTA.

J. Iglesias-García, A. Villanueva, J. Lariño, M. Vilariño, M. Iglesias-Rey, M. Barreiro, J. Iglesias-Canle, J.E. Domínguez-Muñoz
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

La malnutrición asociada a insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es uno de los factores pronósticos más importantes en la evolución de la pancreatitis crónica (PC). Ante la ausencia de métodos objetivos para definir la dosis óptima de enzimas pancreáticos, el tratamiento enzimático sustitutivo se individualiza en función de la respuesta clínica (p.ej. ausencia de diarrea, ganancia ponderal o ausencia de pérdida de peso), sin que la eficacia de este control clínico haya sido evaluada.

OBJETIVO: Evaluar mediante estudio nutricional la utilidad de la respuesta clínica como método de control del tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas en enfermos con IPE por PC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 11 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica grado III mediante técnicas de imagen e IPE confirmada mediante test de cuantificación de grasa fecal y test de aliento con triglicéridos marcados con C-13. Todos los pacientes se mantenían con buen control sintomático clínico con tratamiento con enzimas pancreáticas en minimicroesferas (Kreon®. Solvay-Pharma) en dosis estable durante el último año. Se evaluaron diferentes parámetros nutricionales, tanto bioquímicos (proteína fijadora del retinol (RBP), pre-albúmina y transferrina) como antropométricos (índice de masa corporal (IMC)). Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar (DS)

RESULTADOS: Las dosis de enzimas pancreáticas requeridas oscilaban entre 60000 y 180000 U lipasa/día. Los niveles séricos de RBP fueron $2,7\pm 0,8$ mg/dL (normal 3-6 mg/dL), de pre-albúmina $22,9\pm 6,7$ mg/dL (normal 21-41 mg/dL) y de transferrina $242,4\pm 26,9$ mg/dL (normal 205-365 mg/dL). Los valores del IMC fueron $24,4\pm 4,7$ (normal >20). 8 pacientes (72,7%) presentaban niveles séricos de RBP por debajo del límite inferior de la normalidad, 1 de ellos (9%) presentaba también niveles por debajo de la normalidad de pre-albúmina y transferrina y 3 (27,2%) presentaban un bajo IMC.

CONCLUSIONES: Los síntomas clínicos no permiten optimizar el tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con IPE secundaria a PC. En este sentido, la absorción de vitaminas liposolubles permanece frecuentemente alterada a pesar de un teóricamente correcto tratamiento enzimático. Este estudio confirma la necesidad de métodos objetivos para optimizar el tratamiento enzimático sustitutivo en paciente con IPE secundaria a PC.

PÓSTERS (26 a 54)

DETERMINACIÓN DE ELASTASA-PMN EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA PRECOZ DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Villanueva Rodríguez, J. Iglesias García, J. Lariño Noia, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La valoración pronóstica precoz de la pancreatitis aguda (PA) constituye una de las actuaciones iniciales con mayor relevancia en estos pacientes ya que condiciona un manejo más adecuado y permite la anticipación terapéutica con importancia vital en identificación y resolución de complicaciones. La elastasa-PMN ha sido evaluada y ha demostrado su eficacia como marcador pronóstico precoz en el contexto de investigaciones clínicas pero desconocemos su valor en la práctica clínica diaria.

OBJETIVO: Valorar los niveles plasmáticos de elastasa – PMN en pacientes con pancreatitis aguda como marcador biológico de severidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron prospectivamente las pancreatitis agudas ingresadas en el servicio de Aparato Digestivo del HCU en un periodo de 14 meses. Se midieron niveles de elastasa – PMN en plasma en las primeras 48 horas desde el ingreso. Consideramos el gold standard para evolución de la PA la clasificación de Atlanta.

RESULTADOS: Estudiamos los niveles de elastasa – PMN en 146 pacientes con PA. Según la clasificación de Atlanta, 36 fueron graves (24.6%) y 110 fueron leves (75.3%). La media de la elastasa – PMN respectivamente en los grupos de pacientes fue de 234.9 (IC 95% 204.9-264.9) en las graves y de 68.2 (IC 95% 61.9-74.5) mostrando tras aplicación de ANOVA diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). La mediana de la elastasa – PMN fue de 219 en las graves y de 57 en las leves. La sensibilidad y especificidad de la elastasa – PMN para un valor de corte de 119 es de 94.4% y 95.5% respectivamente. El valor predictivo positivo fue de 79% y el negativo de 98%. El área calculada debajo de la curva ROC es de 0.974.

CONCLUSIONES: La determinación plasmática de elastasa – PMN es un marcador válido, precoz, fiable y reproducible en la valoración pronóstica precoz de los pacientes con pancreatitis aguda en la práctica clínica diaria.

PÓSTERS (26 a 54)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PANCREATITIS CRÓNICA EN NUESTRO MEDIO

J. Iglesias-García, A. Villanueva-Rodríguez, J. Lariño-Noia, M. Vilaríño, M. Barreiro de Acosta, J. Iglesias Canle, J.E. Domínguez-Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

La pancreatitis crónica es enfermedad de etiología habitualmente alcohólica, pero existen otras causas, de hecho hasta en un 20% no se conoce la misma. Es igualmente una entidad infradiagnosticada, probablemente porque solo se sospecha en presencia de dolor abdominal típico o de pancreatitis aguda alcohólica y por no disponer de ninguna técnica diagnóstica sencilla y eficaz, diagnosticándose habitualmente en fases avanzadas.

OBJETIVO: Estudiar las características epidemiológicas y de presentación clínica de la pancreatitis crónica el área sanitaria de Santiago de Compostela.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica a seguimiento en la Unidad de vías biliares y páncreas del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Santiago.

RESULTADOS: 54 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica se encuentran a seguimiento en nuestras consultas, 9 mujeres y 45 hombres, con una media 51 (24-83) años. 46 pacientes (85,2%), consultaron por dolor abdominal, 24 (44,4%) de los cuales debutaron como pancreatitis aguda. 3 (5,6%) enfermos consultaron inicialmente por una descompensación diabética. En 1 (1,8%) enfermo el síntoma inicial fue una ascitis. En 4 (7,4%) pacientes se detectó la enfermedad de forma incidental. La etiología alcohólica agrupa a un total de 45 (83,3%) pacientes. 6 (11,1%) enfermos fueron etiquetados de etiología idiopática. Otros 4 (7,4%) pacientes presentaron etiologías diversas (obstructiva, páncreas divisum, enfermedad inflamatoria intestinal, fibrosis quística).

CONCLUSIONES: El consumo excesivo de alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis crónica en nuestro medio. El síntoma inicial de sospecha más frecuente es el dolor abdominal, debutando prácticamente la mitad de los pacientes como pancreatitis aguda.

PÓSTERS (26 a 54)

REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE PREDOMINIO NOCTURNO Y LA PRESENCIA DE LESIONES EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

J. Iglesias Canle, M. Vilaríño, J. Iglesias García, M. Barreiro, A. Villanueva, J. Lariño,

M. Iglesias Rey, J.E. Domínguez-Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago. CHUS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología de curso crónico con una alta prevalencia en nuestro medio. La severidad de la enfermedad se puede atribuir al grado y a la duración de la exposición ácida del esófago. El desarrollo de la pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas ha permitido documentar la frecuencia y duración de los episodios de reflujo. Usando ésta técnica se ha podido identificar dos tipos de patrón de presentación del reflujo ácido, en bipedestación o diurno y en decúbito o nocturno. El predominio de uno de ellos parece relacionarse con una mayor afectación de la mucosa esofágica expresada en forma de lesiones endoscópicas de mayor o menor grado así como la aparición de complicaciones.

OBJETIVO: Relacionar la presencia y grado de las lesiones endoscópicas esofágicas con el patrón de presentación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico medido por pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas.

MATERIAL Y MÉTODOS: 32 pacientes (20 H, 12 M), rango de edad 16-81 años, edad media 44 años, con criterios clínicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico y una pHmetría esofágica patológica (17 (53.13 %) de predominio en bipedestación, 15 (46.88 %) con patrón en decúbito), a los que se le realizó una endoscopia digestiva alta.

RESULTADOS: De los 17 pacientes con patrón en bipedestación, 3 (17.65 %) presentaban esofagitis grado A de Los Ángeles, en 4 (23.53 %) se detectó esófago de Barrett y en los 10 restantes (58.82 %) la endoscopia fue negativa. Por el contrario, en los 15 pacientes con patrón nocturno del reflujo gastroesofágico, se detectó esofagitis grado A en 4 (26.67 %), esofagitis grado B en 2 (13.33 %), esofagitis grado D en otros 2 (13.33 %) y esófago de Barrett en 3 pacientes (20 %), no apreciando lesión endoscópica en los 4 restantes (26.67 %).

CONCLUSIONES: La exposición nocturna del esófago al ácido se asocia con mayor frecuencia a la presencia de lesiones endoscópicas y estas son de mayor gravedad si las comparamos a las detectadas en el período de bipedestación. La actuación sobre el reflujo ácido nocturno podría prevenir la aparición de lesiones esofágicas graves así como de importantes complicaciones.

PÓSTERS (26 a 54)

SUPERVIVENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EN EL ÁREA DE SANTIAGO

J. Lariño-Noia, J. Iglesias-García, A. Villanueva, M. Barreiro, J. Iglesias-Canle, J.E. Domínguez-Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas es la quinta causa de muerte por cáncer en países occidentales y la segunda por neoplasia maligna de origen digestivo después del cáncer de colon.. Pese a ello, se trata de un tumor poco frecuente en cifras globales, por lo que sería poco rentable la realización de programas de screening, sin embargo, y dada su elevada mortalidad, si sería de gran utilidad el alcanzar el diagnóstico de forma precoz.

OBJETIVO: Estudiar las características demográficas y de presentación clínica, así como la supervivencia global y por estadios del cáncer de páncreas en el área sanitaria de Santiago de Compostela

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 31 pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas entre enero de 2000 y abril de 2002 en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. En todos los enfermos se evaluó la forma de presentación clínica, estadio según la clasificación TNM de 1997, la operabilidad (resectiva o paliativa) y la supervivencia global y por estadios. Para el diagnóstico y estadiaje se emplearon las técnicas de imagen estándar (ecografía abdominal, TAC abdominal, colangio-RM y CPRE).

RESULTADOS: De los 31 pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas, 18 (58%) eran varones y 13 (42%) mujeres, con una media de 70 años. 13 (41,2%) pacientes consultaron inicialmente por ictericia, 14 (45,2%) por dolor abdominal (uno de los cuales presentó una pancreatitis aguda), 3 (9,6%) por síndrome general y 1 (3,2%) por diabetes descompensada. En el momento del diagnóstico 3 (9,6%) enfermos se encontraban en estadio I, 4 (12,9%) en estadio II, 2 (6,4%) en estadio III y 22 (70,9%) en estadio IV. Se realizó seguimiento exhaustivo a 21 de los enfermos. Únicamente 7 (33,3%) enfermos fueron intervenidos quirúrgicamente, 6 con intención curativa y 1 con intención paliativa. La supervivencia media global desde el diagnóstico fue de 5.5 meses. En los enfermos en estadio I fue de 12 meses, 9 meses en estadio II, 2 meses en estadio III y 3 meses en estadio IV. En el momento de finalizar el estudio, 4 pacientes permanecen en seguimiento, 3 de ellos se realizó cirugía, 2 de ellos en estadio I (supervivencias acumuladas de 22 y 6 meses) y otro en estadio II (14 meses), el otro paciente (estadio IV) no fue intervenido y presenta una supervivencia acumulada de 4 meses.

CONCLUSIONES: El cáncer de páncreas se trata de un tumor poco frecuente, que se diagnostica en fases avanzadas, lo que reduce las posibilidades de tratamiento quirúrgico. Tiene una supervivencia corta, siendo el pronóstico mejor en estadios iniciales. Las formas de presentación clínica más frecuentes son la ictericia y el dolor abdominal.

PREVENCIÓN DE LAS POUCHITIS PRECOSES EN LOS RESERVIORIOS ILEO ANALES EN “J” POR COLITIS ULCEROSA Y POLIPOSIS FAMILIAR MÚLTIPLES: Nuevos enfoques en el manejo y tratamiento

G.J. Ghanimé, J.L. Vázquez Iglesias, R. Nunes, L. Doval, J. Yáñez, P. Alonso, M^ªJ. Lorenzo, J. Souto, B. González, B. Germade, J.A. Romero, I. Baamonde, S. Mosteiro, D. Martínez, M. Vázquez, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

INTRODUCCIÓN: La proctocolectomía, reservorio ileal y anastomosis íleo-anal, introducida por Park's en 1978 para el tratamiento de la Colitis Ulcerosa (CU) y la Poliposis Familiar Múltiple (PFM), se ha ido ocupando cada vez más, un lugar preponderante como procedimiento de elección para la mayor parte de esos pacientes. Sin embargo, el procedimiento quirúrgico suele ir acompañado de un importante índice de complicaciones postoperatorias, entre las cuales destacamos la importante incidencia de las Pouchitis Precoces (PC), cuadro caracterizado por dolos abdominal, náusea y vómitos, fiebre y aumento del número de evacuaciones, pudiendo ser de carácter leve, moderado o severo precisando la hospitalización del enfermo. Por ello, hemos establecido unos protocolos de tratamiento y cuidados de los reservorios en el postoperatorio inmediato y a corto plazo, con la finalidad de disminuir al máximo la incidencia de este tipo de complicación.

OBJETIVOS: Llevar a cabo una evaluación de nuestra experiencia sobre un nuevo protocolo elaborado por nosotros referente a los cuidados y tratamiento de los reservorios íleo-anales, aras a disminuir la incidencia de las pouchitis Precoces (PC), en la coloproctomía restauradora.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio fue realizado sobre 2 grupos de pacientes, a todos ellos se les practicó coloproctomía, reservorio ileal en “J” y anastomosis íleo-anal con ileostomía temporal. El Grupo (A) comprendía 12 pacientes a los cuales se les emplazaba un drenaje de Foley pasivo transanal en el reservorio, hasta el 7^º día del postoperatorio. El segundo grupo (B) de pacientes constituido por 28 casos no se les emplazaba ningún drenaje transanal en el reservorio, sin embargo, se realizaba una aspiración activa con sonda de drenaje cada 48 horas hasta el 8^º día del postoperatorio, cada tres días los 9 días siguientes, y cada 5 días, los 30 días siguientes, a partir de los cuales el paciente realizará los cuidados con enemas de 200 cc. Días alternos, hasta la fecha del cierre de la ileostomía. El protocolo se inicia en fase hospitalaria y se sigue ambulatoriamente.

RESULTADOS: En el grupo (A), la media del drenaje pasivo fue de 25 cc. los primeros 8 días del pos operatorio, frente a una media 60 cc. en el grupo (B). En el Grupo (A) se registró un ingreso por Pouchitis Severa Precoz (PSP), fiebre, dolor abdominal y vómitos, a las tres semanas del alta hospitalaria, que precisó hospitalización, sin constatar ningún caso en el grupo (B). En el grupo (A), durante la estancia hospitalaria se presentaron dos casos de Pouchitis Precoz Moderada (PPM), dolor abdominal suprapúbico y fiebre, frente a ningún caso en el grupo (B).

CONCLUSIONES: Las complicaciones postoperatorias en la coloproctomía restauradora presentan una incidencia considerable, aunque, en la mayoría de los casos suelen ser de carácter leve y moderado. Las pouchitis precoces constituyen una de las complicaciones importantes tanto por la frecuencia como por la trascendencia que pueden acarrear para el buen funcionamiento futuro del reservorio. En el grupo de pacientes a los cuales se les aplicó este protocolo introducido por nosotros, la incidencia de la pouchitis precoces fueron nulas, lo que favoreció al mismo tiempo una disminución de las pouchitis a medio y largo plazo, por todo ello, recomendamos su aplicación.

FACTORES PRONÓSTICOS EN LAS RECIDIVAS LOCO-REGIONALES DEL CÁNCER DEL RECTO

G.J. Ghanimé, P. Alonso, J. Souto, M. Méndez, A. Álvarez, L. González, I. Baamonde, I. Mella, E. Baldomir, L. Encinar, M^oT. Diz-Lois, D. Martínez, M. Vázquez, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las recurrencias, particularmente las locoregionales, después de las exéresis curativas del cáncer del recto constituyen un problema muy serio, primero por la dificultad de su tratamiento, y en segundo lugar por el empeoramiento en la calidad de vida del paciente y la repercusión directa sobre la supervivencia, motivo por el cual, dichas recurrencias fueron largamente discutidas en la literatura mundial con diferentes resultados según los autores. En esta comunicación aportamos nuestros resultados, y los factores pronósticos influyentes en este sentido. Han sido excluidos los estadios D de Dukes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo que comprende 375 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente entre 1982 y junio 2002, a todos se les practicó una resección quirúrgica curativa de principio. El seguimiento fue realizado semestralmente, y la media del período de seguimiento fue de 65 meses. Los factores de riesgo y pronóstico analizados fueron: edad, sexo, estadio tumoral, Resección Abdomino-Perineal (RAP) versus Resección Anterior (RA), la distancia del tumor desde el margen asial, y el borde distal de la resección.

RESULTADOS: La distribución de los pacientes según los estadios de Dukes fue: estadio A 42 casos (11,2%), el B 175 (46,6%), y el C 158 (42,1%). Resección anterior baja 215/375, y resección abdomino-perineal 160/375. La recurrencia tumoral en la resección anterior (RA) fue 36/215 (16,7%), y en la resección abdomino perineal (RAP) 25/160 (15,6%). La recurrencia loco regional fue constatada en 61 casos (16,2%), de ellos 8 (14,2%) presentaban simultáneamente metástasis hepáticas. El índice de recurrencia a nivel del tercio superior del recto fue de 17/117 casos (14,5%), a nivel del tercio medio: 22/139 (15,8%), y a nivel del tercio inferior 22/119 (18,4%). En relación con los estadios de Dukes, A 5 (8,1%), B 23 (37,7%), y el C 31 (50,8%). La recurrencia en relación al margen distal de la resección: de 0,1-1 cm. 11/55 (20%), 1,102 cm. 22/143 (15,3%), y a de 2,1-3 cm. 0 más 28/177 (15,8%). Los factores de riesgo fueron significantes con relación a los estadios de Dukes ($p < 0,02$), y a la distancia del borde de resección ($p < 0,03$), en la distancia del tumor desde el margen anal, particularmente los del tercio inferior ($p < 0,04$), y también significación con relación al tipo de cirugía (RA/RAP) a favor de la resección abdomino perineal. No se apreció significación con relación al sexo, edad.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo de la recurrencia tumoral con significación estadística después del tratamiento quirúrgico curativo del cáncer de recto, guardan relación con el estadio tumoral, margen del tumor del orificio anal, siendo mayor la recurrencia en el tercio medio e inferior. Se apreció mayor recurrencia cuando el borde distal de la resección es menor de 1 cm., lo que puede traducirse, al mismo tiempo, en exéresis incompleta del mesorecto. Se apreció una leve mayor incidencia en la resección anterior que en la resección abdomino-perineal. Los otros factores analizados no presentaban ninguna significación estadística.

INVAGINACIÓN INTESTINAL DE ETIOLOGÍA TUMORAL EN EL ADULTO: NUESTRA EXPERIENCIA

G.J. Ghanimé, C. Gómez, M^ºL. Comesaña, A. Sotelo, I. Baamonde, M. Balado, M^ºJ. Vázquez, S. Mosteiro, J. Quintela, J. Machuca
Hospital Juan Canalejo. La Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La invaginación o la intususcepción intestinal consiste en el prolapso de una parte del intestino en un segmento inmediatamente adyacente. Las formas más frecuentes son las entéricas, entero cólicas, y la colo-cólicas. Al segmento invaginado suele denominarse intussusceptum y, el invaginado intussusciens. La mayor incidencia tiene lugar en la infancia, donde el 90% son de carácter idiopático. En los adultos, Bond y Roberts 1964, hallaron sólo un caso idiopático y los restantes de por lesión orgánica la incidencia en menos frecuente, sin embargo en el 85% de los casos dependen de una lesión orgánica intramural, particularmente tumores. La invaginación comporta un cuadro oclusivo, pero al mismo tiempo se va sumando otro de carácter isquémico intestinal debido a la compresión vascular mesentérica del segmento invaginado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo sobre cinco casos atendidos en nuestro centro y tratados quirúrgicamente por invaginación intestinal. Un caso por invaginación colo-cólica, ceco-cólica, dos por íleo-cólica, y una íleo-ileal.

RESULTADOS: Edad: media de edad 59 (rango 57-72). Sexo: 3 varones, 2 mujeres. Clínica: Dolor abdominal de tipo cólico, de inicio leve pero aumentando en intensidad progresivamente con media de inicio previo al ingreso de 3 días (rango 2-8 días). Masa abdominal: en tres casos se palpó masa abdominal localizada a nivel hemiabdomen derecho, y en un caso a nivel región infraumbilical. Vómitos: 3 casos. Rectorragias 3 casos. Un paciente 10 días antes fue diagnosticado de invaginación que se resolvió al realizar rectocolonoscopia. Exploraciones complementarias: Rx. Abdomen: signos oclusión intestinal en 2 casos. E. Opaco: en 3 casos fue confirmativo de invaginación y en uno de obstrucción TAC abdominal: se realizó en dos casos aportando el diagnóstico de invaginación intestinal, y la ecografía estableció el diagnóstico en 1 caso. Tratamiento quirúrgico: un caso presentaba invaginación colo-cólica por neoformación de colon transverso: resección colon y anastomosis término-terminal. El segundo caso presentaba invaginación ceco-cólica por una neoformación cecal, de aspecto polipoide, de unos 9 cm. en diámetro, se le practicó hemicolectomía derecha. Otros dos casos presentaban invaginación íleo-cólica, por neoformaciones de origen ileal, una de ellas ulcerada, siendo el tamaño de 7 y 8 cm. de diámetro máximo, en ambos casos se practicaron hemicolectomía derecha, y un caso que presentaba invaginación íleo-ileal por leiomioma, se le practicó resección intestinal y anastomosis Dukes 2 –invaginación ceco-cólica: lipoma submucoso polipoide. 3 –Invaginaciones íleo-cólicas: un caso de leiomioma y el otro de lipoma, ambos pediculados, y la invaginación íleo-ileal por leiomioma pediculado. Complicaciones postoperatorias: neumonías 1 caso, absceso herida 1 caso, infección herida 1 caso.

CONCLUSIONES: La invaginación intestinal en el adulto sigue siendo un cuadro poco frecuente. La implicación isquémica vascular intestinal hace del diagnóstico y el tratamiento precoz la piedra angular para unos resultados favorables. La patología tumoral en el adulto constituye la base etiológica de la mayoría de las invaginaciones, aunque en la mayoría de los casos suelen ser de naturaleza benigna. El TAC abdominal y/o la ecografía suelen establecer el diagnóstico definitivo con unas imágenes muy patognomónicas, por lo que, recomendamos su aplicación ante la sospecha de una intususcepción intestinal.

ESTUDIO DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN LA RECURRENCIA POSTOPERATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

G.J. Ghanimé, J.L. Vázquez Iglesias, P. Alonso, R. Nunes, C.F. Casabella, L. González, J.A. Romero, I. Bahamonde, I. Mella, M^a Trigás, D. Martínez, M^ªT. Diz-Lois, J. Quintela, J. Machuca Hospital Juan Canalejo. La Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: A los pocos años de la descripción de la Enteritis regional por Crohn et. al 1.931, se fue constatando la naturaleza recurrente de la afección, lo que indujo a la aparición y puesta en marcha en muchos centros y por numerosos autores, de trabajos científicos, al objeto de identificar aquellos factores implicados en la inducción de las recurrencias. Los factores investigados tuvieron un amplio abanico que comprendía aspectos clínico-diagnósticos, edad, sexo, tratamiento médico-quirúrgico, y aspectos anatómo-clínicos, entre otros.

En este trabajo, realizamos una evaluación de varios factores clínico-patológicos con posible implicación en las recurrencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo sobre 112 pacientes que presentaron recurrencia de la enfermedad de Crohn postoperatoria, entre 1979 a mayo 2002, se analizaron factores referentes a la edad de inicio, intervalo de inicio síntomas y la cirugía, el sexo, localización anatómica de la enfermedad, tipo de intervención y anastomosis, presencia de fístulas internas, afectación microscópica de los márgenes de resección, presencia o no de granulomas o adenopatías.

RESULTADOS: De los 206 pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad de Crohn, 126 (61,1%) presentaron recurrencia por enfermedad de Crohn con verificación endoscópica, de ellos, 14 casos no presentaban clínica, 12 casos con clínica leve y buena respuesta a 5-asa, corticosteroides, etc.), y los restantes 87 casos (42,2%), requirieron reintervención quirúrgica. La recurrencia guardaba relación con la edad de inicio: 10-20 años 45 casos, 20-30 años 26, 30-40 años 15, 40-50 años 8, y más de 50 años 8 casos. En la localización ileal e íleo-cólica la incidencia fue de 87 casos (77,2%), y la localización cólica 25 (22,3%). La recurrencia en los pacientes con fístulas internas y/o externas fue de 59 sobre 76 (77,6%). No se constató relación con la extensión de la resección. Sin embargo, los bordes de la exéresis afectos macro o microscópicamente si presentaban mayor incidencia en la recurrencia. Las anastomosis íleo-cólicas y término laterales con EEA, presentaban menor recurrencias. La recurrencia se constató en y más de que se distribuyen de la siguiente forma: una reintervención: 45 casos (24,2%), dos: 18 casos (9,5%), tres: 6 casos (5,7%), cuatro: 5 casos (3,1%), cinco: 4 casos: (2,5%).

CONCLUSIONES: Las recurrencias en la enfermedad de Crohn guardan relación con las edades de inicio muy precoces. Igualmente, existe mayor incidencia en pacientes que presentaban enf. Fistulosa interna. La extensión de la resección no es factor pronóstico, sin embargo, la afectación micro o macroscópica de los bordes si lo es. Las anastomosis mecánicas íleo-cólicas término-laterales presentan menor incidencia de recidivas que las suturas manuales. La presencia de granulomas o adenopatías no constituyen factor pronóstico de mayor índice de recurrencias.