



XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología

Madrid, 11-12 de marzo de 2010

SESIÓN PÓSTER

Trastornos funcionales digestivos

CORRELACIÓN ENTRE LAS PRESIONES DEL CANAL ANAL, LA SENSIBILIDAD RECTAL Y LA ESCALA DE WEXNER

C. Ciriza de los Ríos^a, E. Tomás Moros^b, F. García Durán^b, T. Muñoz Yagüe^a, F. Canga Rodríguez-Valcárcel^b, G. Castellano Tortajada^a

^aGastroenterología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

^bGastroenterología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid

Introducción: La incontinencia fecal (IF) es una de las entidades más devastadoras que puede afectar a la imagen personal y a la calidad de vida. A veces la relación entre los síntomas y la disfunción ano-rectal y del suelo pélvico no está clara. Hay diversas escalas para determinar la gravedad de la IF, siendo la escala de Wexner una de las más utilizadas.

Objetivo: Evaluar si las presiones del canal y la sensibilidad rectal se correlacionan con la gravedad de la IF según la escala de Wexner y determinar qué aspectos de la escala se asocian con los parámetros manométricos y la sensibilidad rectal.

Material y métodos: Se incluyeron 94 pacientes con IF, que no habían recibido tratamiento previo de la misma, desde marzo de 2004 al enero de 2008. A todos ellos se les realizó colonoscopia o enema opaco para excluir organicidad. La manometría se realizó con un equipo de perfusión mediante la técnica de retirada estacionaria. Para el estudio de la sensibilidad rectal se utilizó la técnica de insuflación intermiten-

te fásica. Se obtuvieron la primera sensación, la sensación de urgencia y el máximo volumen tolerado (MVT). La escala de Wexner se utilizó para determinar la gravedad de la IF. Análisis estadístico: Test de Mann Whitney y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La correlación entre las presiones y longitud del canal anal, la sensibilidad rectal y la escala del Wexner se expresa en la tabla. Cuando los distintos aspectos de la escala de Wexner fueron analizados se encontró asociación entre la presión de reposo, el escape de heces sólidas frecuente ($p < 0,01$) y la necesidad de utilizar medidas de contención ($p < 0,05$) y entre la presión de máxima contracción voluntaria (PMCV), el escape de heces sólidas frecuente ($p < 0,05$) y la necesidad de utilizar medidas de contención ($p < 0,01$). Se encontró asociación entre la necesidad de utilizar medidas de contención y el MVT ($p < 0,05$). No se encontró asociación entre las presiones y la sensación rectal y el escape de heces líquidas. Se encontró asociación entre la duración de la máxima contracción voluntaria (DMCV) y el escape de gas ($p < 0,05$).

Conclusiones: La PMCV, la DMCV y el MVT desempeñan un papel importante en la fisiopatología y la gravedad de la IF. Las presiones bajas del canal anal se asocian con el "escape frecuente de heces sólidas" o la "necesidad de utilizar medidas de contención" con frecuencia pero no con el "escape de heces líquidas", lo que sugiere que las presiones no son el único factor determinante en la incontinencia a heces líquidas. La duración de la contracción voluntaria puede jugar un papel importante en el control de la incontinencia a gases.

LA CIRUGÍA BARIÁTRICA MEJORA LA MAYORÍA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES PRESENTES ANTES DE LA CIRUGÍA. SIN EMBARGO, SE ASOCIA A LA APARICIÓN DE CONSTIPACIÓN Y DISINERGIAS ANO-RECTAL

B. Gras Miralles^a, L. Ilzarbe Sánchez^a, J.M. Ramón Moros^b, A. Goday Arnó^c, M.C. Romera^a, J. Muñoz Galitó^a, I.A. Ibáñez Zafón^a, A. Castells Valldeperas^a, F. Bory Ros^a, S. Delgado-Aros^a

^aNeuro-Enteric Translational Science (NETS) research group, Servei Digestiu, IMIM- Hospital del Mar, Barcelona. ^bServei de Cirurgia y ^cServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital del Mar, Barcelona

Introducción: Algunos trastornos gastrointestinales parecen ser más frecuentes en sujetos obesos (reflujo, dolor abdominal, dia-

Correlación entre la manometría y la escala de Wexner

	N	r	p-valor	Significación
Presión de reposo	94	-0,146	0,160	NS
Longitud	94	-0,030	0,776	NS
PMCV	94	-0,321	0,002	$p < 0,01$
DMCV	94	-0,225	0,030	$p < 0,05$
Primera sensación	94	0,030	0,777	NS
Sensación urgencia	94	-0,016	0,882	NS
MVT	94	-0,227	0,028	$p < 0,05$

NS: no significativo

rra...). La cirugía bariátrica induce pérdida ponderal y mejora algunas de las comorbilidades de la obesidad. No obstante, se desconoce su efecto sobre estos trastornos o si podría inducir síntomas postprandiales.

Objetivo: Evaluar si los síntomas gastrointestinales crónicos y los síntomas postprandiales en sujetos obesos se modifican después de la cirugía bariátrica.

Métodos: Pacientes derivados a la Unidad de Obesidad Mórbida de nuestro hospital con indicación de cirugía bariátrica. Antes y 6m después de la cirugía se evaluó: 1-Prevalencia de síntomas gastrointestinales crónicos (presentes al menos pasado año) y de aparición frecuente (≥ 1 vez/semana) mediante un cuestionario validado y 2-Intensidad (EAV-10 cm) de hambre, plenitud, náuseas, distensión y dolor abdominal, 30 minutos después de un test de saciedad estándar. En este test los pacientes beben un nutriente (Ensure®: 1 Kcal/ml) a velocidad constante (30 ml/min) hasta que alcanzan la saciedad máxima. Medimos la ingesta calórica y, 30 minutos después de terminar la ingesta, los síntomas mencionados arriba.

Resultados: Desde mayo 2007 a marzo 2009, 32 sujetos (17 bypass-gástricos y 15 sleeve-gastrectomies) completaron el estudio (26M/6H; 44 ± 10 años, IMC 44 ± 4 kg/m²). Después de la cirugía, la capacidad de ingesta disminuyó un $68 \pm 12\%$ (-966 ± 295 Kcal) y el peso un $31 \pm 7\%$ (-35 ± 10 Kg). La ansiedad ($p = 0,003$), depresión ($p < 0,0001$) y calidad de vida ($p = 0,003$) también mejoraron significativamente. Los síntomas más frecuentemente referidos en el cuestionario antes de la cirugía fueron: distensión (60% de pacientes), dolor abdominal (44%), regurgitación (44%), pirosis (41%), epigastralgia (35%), diarrea (38%) e incontinencia fecal (33%). Después de la cirugía disminuyó significativamente el número de pacientes que referían regurgitación (20%; $p = 0,02$), pirosis (9,5%; $p = 0,001$), epigastralgia (14%; $p = 0,03$), diarrea (19%; $p = 0,07$) e incontinencia fecal (14%; $p = 0,04$). Sin embargo, aumentaron los que referían náuseas (de 17 a 38%; $p = 0,03$), dolor abdominal (de 44 a 67%; $p = 0,04$), estreñimiento (de 24 a 48%; $p = 0,02$) y disinergia ano-rectal (de 24 a 48%; $p = 0,02$). Los niveles de hambre, plenitud y del resto de síntomas evaluados 30 minutos después de acabar una comida saciante fueron similares antes y después de la cirugía.

Conclusión: La cirugía bariátrica (bypass-gástrico/sleeve-gastrectomy) no induce síntomas postprandiales y mejora muchos de los trastornos digestivos frecuentemente referidos por estos pacientes. La frecuente aparición de estreñimiento/disinergia ano-rectal después de la cirugía bariátrica sugiere que estos pacientes podrían necesitar consejo/tratamiento específico para evitar las complicaciones asociadas.

Páncreas y vías biliares

COLECCIONES ASOCIADAS A PANCREATITIS AGUDA, HISTORIA NATURAL EN FUNCIÓN DE SU ASOCIACIÓN CON NECROSIS PANCREÁTICA

J. Pérez-López^a, E. de-Madaria^a, G. Soler^a, L. Gómez-Escolar^a, L. Sempere^a, J. Martínez^a, J.R. Aparicio^a, S. Gil^b, F. Lluís^c, M. Pérez-Mateo^a

^aUnidad de Gastroenterología. ^bSección de Radiología Intervencionista. ^cServicio de Cirugía General. Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La clasificación de las colecciones abdominales asociadas a pancreatitis aguda (PA) en colecciones agudas y pseudoquistes (clasificación de Atlanta) ha quedado obsoleta. Recientemente se ha propuesto clasificar las colecciones según su asociación o no con la necrosis pancreática ya que su historia natural y su

manejo parecen ser diferentes. No se ha publicado ningún estudio que valore la incidencia ni la historia natural de las colecciones teniendo en cuenta su asociación con la necrosis pancreática.

Objetivo: Estudiar la historia natural de los diferentes tipos de colecciones abdominales secundarias a PA.

Pacientes y métodos: Sobre la cohorte de pacientes con PA ingresados en nuestra Unidad entre diciembre de 2007 y mayo de 2009 (datos clínicos prospectivos), análisis retrospectivo de las pruebas de imagen realizadas durante el ingreso y en consultas externas. Se definió Colección Aguda (CA) a aquella colección entre diafragma y suelo pélvico sin contacto con necrosis pancreática. Se definió Colección Aguda Asociada a Necrosis (CAAN) a toda colección en contacto o que evoluciona de una necrosis pancreática definida según la clasificación de Atlanta. Se consideró pseudoquiste (PSQ) a toda CA que persistía más de 4 semanas y Necrosis Pancreática Organizada (NPO) a toda CAAN que superaba el mismo periodo.

Resultados: Se incluyeron 159 episodios de PA, 27% grave según la clasificación de Atlanta, con 2,5% mortalidad. La etiología fue en 54% biliar, 15% alcohol y 31% otras. En 11,9% se detectó necrosis pancreática. Del total de episodios, 52 (32,7%) tuvieron algún tipo de colección. Se diagnosticaron 83 colecciones: 60 (72,3%) CA, de las cuales 22 (36,7%) persistieron como PSQ (9 pacientes (15%) se perdieron del seguimiento o fallecieron), y 20 (24,1%) CAAN, de las cuales 14 (87,5%) persistieron como NPO (4 pacientes (20%) se perdieron del seguimiento o fallecieron). En 3 casos (3,6%) no se pudo clasificar la colección por ausencia de contraste en el TAC. El tamaño máximo de las colecciones no asociadas a necrosis fue 3 (2,3-6) cm, frente a 7,8 (4,3-11,4) cm de las asociadas a necrosis, $p < 0,01$. En el análisis de Kaplan-Meier la mediana de desaparición de las colecciones no asociadas a necrosis fue 70 días frente a 313 días de las asociadas a necrosis ($p < 0,01$). De las colecciones no asociadas a necrosis 1 (1,8%) precisó tratamiento invasivo frente a 5 (26,3%) de las asociadas a necrosis, $p < 0,01$.

Conclusiones: En nuestra muestra un tercio de los pacientes con pancreatitis aguda desarrollaron colecciones. Las colecciones asociadas a necrosis son menos frecuentes que las no asociadas a necrosis, pero alcanzan mayor tamaño, persisten más tiempo y precisan más frecuentemente tratamientos invasivos.

ESTUDIO DE LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS SOLUBLES EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

L. Espinosa, P. Muñoz, A. Bejerano, C. López, A. Sánchez, R. Moreno-Otero, J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Princesa, Madrid

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio con distintas formas de presentación clínica. Un 30% de los casos puede tener una evolución desfavorable. Se ha demostrado que existen factores angiogénicos que están involucrados en la fisiopatología de distintos trastornos inflamatorios, y es muy probable que lo estén también en la patogenia de la PA.

Objetivo: Determinar si los factores angiogénicos están elevados en pacientes con PA, estudiar su relación con la gravedad y la evolución clínica de la PA y determinar la utilidad de los factores angiogénicos como marcadores pronósticos de la PA.

Métodos: Se realizó un estudio de casos (25) y controles (30). Los pacientes con PA fueron clasificados según su gravedad (medida en las primeras 48 horas utilizando las escalas de Ranson y Glasgow) en pacientes con PA leve o grave, y según su evolución clínica (en función de la aparición de complicaciones e independientemente de la gravedad inicial marcada por las escalas de Ranson y Glasgow) en pacientes con buena o mala evolución clínica. Se determinaron mediante ELISA (Quantikine kit, R&D Systems) los siguientes factores angiogénicos: PDGFBB, Ang-1, Ang-2, Tie-2, HGF, VEGFA, VEGFR1 y VEGFR2, a las 12 horas y a los 5 días del ingreso hospitalario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288366>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288366>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)