

401

DILATACIONES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON ESTENOSIS ESOFÁGICA BENIGNA

Garzón Martín, Rey MH., Martínez JD., Guevara L. G., Molano JM.

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Objetivo: analizar y presentar los resultados del tratamiento con dilataciones esofágicas en pacientes con estenosis esofágica benigna en un período de 3 años en nuestra institución.

Lugar: estudio realizado en la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario La Samaritana en Bogotá, Colombia.

Diseño: estudio retrospectivo descriptivo y de reporte de casos.

Pacientes: el presente estudio se realizó en 29 pacientes remitidos a nuestra unidad por presentar una estenosis esofágica benigna (pépticas, postquirúrgicas, cáusticas) en el período de tiempo comprendido entre enero de 1997 y junio de 2000.

Intervenciones: a todos los pacientes se les realizó endoscopia digestiva alta, se les tomó biopsia de la estenosis y esofagograma. Se realizaron dilataciones con Olivas metálicas de Eder – Puestow y dilatadores de polivinilo de Savary – Gilliard. No se realizó sedación ni control fluoroscópico en ninguno de los pacientes. Se realizaron sesiones repetidas en intervalos de 8 días entre cada sesión, hasta obtener mejoría sintomática (desaparición de la disfagia) y hasta lograr un diámetro de 39 French ó 13 mm, realizando dilataciones con 3 dilatadores por sesión.

Mediciones: se determinó la edad y sexo de los pacientes, etiología de la estenosis, tratamiento previo, número de sesiones requeridas, tratamientos fallidos, complicaciones.

Resultados: se realizaron un total de 92 sesiones de dilataciones en 29 pacientes, 20 hombres (69%) y 9 mujeres (31%) con edad promedio de 63.7 años. 24 presentaron estenosis pépticas (82.7%), 2 (6.9%) estenosis de la anastomosis esofagogastrica (esofaguetomía por cáncer de esófago), 2 (6.9%) estenosis de la anastomosis en pacientes operados de esofaguetomía por quemadura con cáusticos. Un paciente (3.5%) con estenosis esofagogastrica posterior a cirugía de Nissen sobrecorregido. 3 pacientes (10.3%) ya habían recibido tratamiento con dilataciones esofágicas previamente. De las estenosis pépticas, 4 (16.6%) tenían antecedente de cirugía antireflujo previa, 3 de ellos con recaída de su enfermedad y posterior estenosis péptica. Se realizaron en promedio 3.17 sesiones por paciente. En 16 (55.2%) se utilizaron dilatadores de Eder Postow, 9 (31%) con dilatadores de Savary Gilliard y 4 (13.8%) con ambos dilatadores. El tratamiento fue efectivo en 27 pacientes (93.1%). En 2 pacientes (6.9%) no fue efectivo el tratamiento. De los pacientes con estenosis pépticas 4 (16.6%) requirieron una sola sesión. Un paciente (3.44%) con estenosis péptica presentó recaída sintomática requiriendo 3 sesiones adicionales con desaparición de los síntomas. Se hizo seguimiento a 10 pacientes en promedio de 11 meses, de los cuales uno falleció de accidente cerebrovascular y los restantes permanecen sin disfagia. No se presentaron complicaciones. No hubo mortalidad.

Conclusión: el tratamiento con dilataciones esofágicas de estenosis benignas es un método seguro, que puede hacerse en forma ambulatoria, sin sedación, no dispendioso, de bajo riesgo, con baja tasa de complicaciones y mortalidad cuando se realiza por personal entrenado.

403

TRATAMIENTO DE PROCTOSIGMOIDITIS POST-RADIOTERAPIA CON SUCRALFATE ORAL Y POR ENEMAS

Otero William, Otero E.*, Cardona H.+, Quintero F.**, Orozco C.**, Arbeláez V.#, Pineda LF.#.*

Unidades de Gastroenterología y **Patología**, Clínica Fundadores, Bogotá.

Unidad de Gastroenterología Hospital de Gachetá, Cundinamarca. Centro de Enfermedades Digestivas. Centro Médico Almirante Colón, Bogotá.

Objetivos: evaluar la utilidad de sucralfate en el tratamiento de la proctosigmoiditis post-radioterapia.

Diseño: estudio de intervención.

Lugar: Clínica Fundadores, Hospital de Gachetá, Centro de Enfermedades Digestivas. Bogotá.

Pacientes: el estudio incluyó 13 pacientes consecutivos desde mayo de 1998 con proctitis o proctosigmoiditis, remitidos a los servicios de gastroenterología de las Instituciones participantes, por sangrado rectal persistente con única sintomatología o acompañado además de diarrea con pujo y tenesmo. Todos los pacientes habían recibido radioterapia por carcinoma de cervix, ovarios, endometrio o colon (1 paciente), dos meses a 2.5 años antes. En todos habían fracasado tratamientos empíricos previos con laxantes aumentadores de volumen más esteroides sistémicos y/o tópicos o sulfasalazina. El diagnóstico se hizo en todos mediante colonoscopia izquierda con videoescopio Olympus EVIS 100 (eritema en parches, friabilidad, sangrado, angioestasis, erosiones o úlceras) y biopsias (fibrosis, endarteritis, atrofia).

Intervenciones: todos los pacientes recibieron sucralfate suspensión en forma de enemas de retención con 50 cc tres veces al día durante los primeros 10 a 14 días y sucralfate oral: 1 gramo antes de cada comida y al acostarse durante 4 a 24 meses.

Mediciones: proporción de pacientes con mejoría o desaparición de los síntomas rectales (sangrado, diarrea) y de la anemia (hemoglobina y hematocrito) durante el tratamiento.

Resultados: pre tratamiento 6 pacientes (46%) tenían sangrado severo (4 en una escala de 0 a 5) y anemia en tratamiento con sulfato ferroso, cuatro sangrado moderado (3 de 0 a 5), todos tenían diarrea (heces blandas más de tres veces al día) con pujo y tenesmo en el 85%. En todos los pacientes menos 1, se encontró mejoría progresiva con la duración del tratamiento. A las 4 semanas 4 pacientes (29%), tenían notable disminución del sangrado (sangrado 0-1). A las 8 semanas en más del 70% (10 pacientes) el sangrado había desaparecido o disminuido notablemente (grado 0-1) y en todos había desaparecido la diarrea. El paciente que no mejoró tenía úlceras profundas y estenosis rectal. Este paciente recibió tratamiento con enema de fomaldehído al 4% y mejoró pero no volvió a controles. Doce pacientes continúan en tratamiento con 2 a 3 gr de sucralfate, todos controlados de sus síntomas: 92% por protocolo. IC95% 6. 99%. La mayoría tiene angioestasis e hiperemia. Tiempo de tratamiento 14.2 +/-3.6 meses (7-24). Todos mejoraron la Hb y el Hto después de 4 meses de tt.

Conclusiones: el sucralfate administrado por enema y por vía oral, es eficaz para la proctoigmoitis post- radioterapia, una entidad de difícil tratamiento. En nuestro medio es una excelente opción ya que no disponemos del tratamiento de elección. Plasma de Argón o Nd:Y AG Laser. Consideramos que en el futuro sería ideal comparar este tratamiento con Plasma de Argón.

402

DIVERTÍCULO GIGANTE DEL COLOR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Otero William, Arbeláez V.**, Pineda LF.***

*Unidades de Gastroenterología, Clínica Fundadores, **Centro de Enfermedades Digestivas, Centro Almirante Colón**, Bogotá, Colombia.

Objetivos: informar un caso de divertículo gigante del colon (DGC). Entidad de la cual se han descrito menos de 100 casos en el mundo.

Diseño: observacional. Informe de casos.

Lugar: Clínica Fundadores, Centro de Enfermedades Digestivas, Bogotá.

Pacientes: paciente de 84 años de edad, que consultó por dolor abdominal moderado a severo en mesogástrico de aproximadamente un año de evolución postprandial, asociado a distensión abdominal. Estreñimiento con esfuerzo, pujo y tenesmo. No sangrado, no pérdida de peso. Al examen se palpa masa blanda, dolorosa en cuadrante inferior izquierdo. Colonoscopia reveló múltiples divertículos pequeños y un gran divertículo de 10 cms de diámetro en el sigmoides, el cual fue confirmado por Rx de colon por enema.

Conclusiones: la presencia de un DGC, es una complicación rara de la enfermedad diverticular. Menos de 100 casos se han descrito en la literatura inglesa con sinónimos como quiste aéreo gigante y pneumoquiste del colon. La mayoría de los DGC ocurren en el borde antimesentérico del colon sigmoides, aunque se han encontrado en el descendente y el transversos. El tamaño oscila entre 4 y 29 cm. La presentación clínica es variable, encontrándose tres formas. La primera caracterizada por el inicio súbito de dolor abdominal con fiebre, náuseas y signos de irritación peritoneal, semejando el cuadro de una diverticulitis aguda. En 2/3 de los casos se puede palpar una masa abdominal. Otra forma de presentación consiste en síntomas crónicos de malestar abdominal con distensión frecuente y masa palpable. El tercer grupo son pacientes asintomáticos a quienes de manera coincidental se les palpa una masa abdominal. La presentación clásica es la de un paciente anciano con una historia de dolor abdominal inespecífico intermitente y una masa blanda en el centro del abdomen que puede ser dolorosa a la palpación. Se han informado complicaciones como perforación con formación de abscesos pericólicos, obstrucción de asas delgadas por adherencias peridiverticulares, vólvulus del divertículo y el hallazgo incidental de un adenocarcinoma dentro del divertículo. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la radiología. La placa simple muestra una lesión radiolúcida redondeada grande y solitaria, generalmente de localización anterior y en relación con el sigmoides. La radiología con contraste confirma el diagnóstico. A pesar de que en la literatura se menciona que la endoscopia no es útil, en nuestro caso el diagnóstico se hizo primero con esta modalidad diagnóstica. Sin embargo hay que tener en mente que no siempre es demostrable una comunicación entre el divertículo y el lumen del colon. El tratamiento de elección es la resección del divertículo y del colon sigmoides adyacente con anastomosis primaria T-T. Los casos complicados se manejan en forma individualizada. Ref. Am J Gastroenterol 1997;92:1092-1098.

404

ERRADICACION DE HELICOBACTER PYLORI CON TERAPIA CUÁDRUPLE: BISMUTO, LANSOPRAZOL, AMOXICILINA Y CLARITROMICINA (BLAC) DOS VECES AL DIA DURANTE 5 O 10 DIAS

Gutiérrez Oscar, Otero W.*, Cardona H.**, Ricaurte O.***

Unidades de Gastroenterología* y Patología **, Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Objetivos: comparar y evaluar la eficacia y tolerancia de un esquema de tratamiento para erradicar Helicobacter pylori (H. Pylori) en pacientes con dispepsia no ulcerosa.

Diseño: estudio de intervención abierto.

Lugar: Hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Pacientes: se incluyeron en el estudio pacientes adultos consecutivos con síntomas dispépticos, a quienes se les diagnosticó infección por H. Pylori mediante endoscopia digestiva alta (EVDA), mediante histología de dos biopsias del antro y test de ureasa rápida en biopsia del antro. Criterios de exclusión: alergias conocidas a los medicamentos del esquema, embarazadas, contraindicaciones para realizar endoscopia digestiva alta y biopsias gástricas, consumo de antibióticos, AINES, inhibidores de bomba de protones, sucralfate o antiácidos en cualquier momento durante las últimas dos semanas. Cuatro a 6 semanas después del tratamiento, se realizó segunda EVDA y se investigó H. Pylori en seis biopsias. 3 de antro. 3 de cuerpo, mediante coloración de hematoxilina – eosina y GIEMSA. Se consideró erradicación la ausencia de H. Pylori en estas muestras.

Intervenciones: los pacientes elegidos recibieron tratamiento durante diez días con terapia cuádruple dos veces al día: subcitrate de bismuto 240 mg, lansoprazol 30 mg, amoxicilina 1 gr, claritromicina 500 mg.

Mediciones: porcentaje de erradicación de H. Pylori con intervalos de confianza binomial del 95% para los resultados de biopsias gástricas.

Resultados: fueron incluidos en el estudio 31 pacientes, edad promedio 35 años (18-54). Hombres 20, H. Pylori fue erradicado en 27 pacientes (87%) IC 95% 71.7, 95.7 %. Efectos colaterales (náuseas, sabor metálico, heces negras, diarrea leve), se presentaron en 17 pacientes (55%).

Conclusiones: la tasa de erradicación con BLAC 10 similar a la encontrada por nuestro grupo de investigaciones previas utilizando terapia triple con Lansoprazol, Amoxicilina y Claritromicina (LAC 10) sin bismuto, en las mismas dosis utilizadas en el presente esquema. Consideramos que adicionar bismuto a la terapia LAC 10, no aumenta la eficacia de este último y por lo tanto no se justifica adicionarlo. La terapia de elección de primera línea para erradicar continúa siendo un inhibidor de bomba de protones más dos antibióticos (Claritromicina y amoxicilina).

405

TERAPIA CUÁDRUPLE CON FURAZOLIDONA PARA ERRADICAR H. PYLORI

Gutiérrez Oscar*, Cardona H*, Otero W*, Sánchez ML**.

Unidades de Gastroenterología* y Patología**, Hospital San Juan de Dios, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Objetivos: conocer la eficacia y tolerancia de un esquema de tratamiento para erradicar *Helicobacter pylori* (H. Pylori) en pacientes con dispepsia no ulcerosa.

Diseño: estudio de intervención abierto.

Lugar: hospital San Juan de Dios, Bogotá.

Pacientes: se incluyeron pacientes adultos con síntomas dispépticos, atendidos en la unidad de Gastroenterología del Hospital San Juan de Dios a quienes se les diagnosticó infección por H. Pylori mediante endoscopia digestiva alta, mediante histología de dos biopsias del antro y test de ureasa rápida en biopsia del antro. Criterios de exclusión: tratamiento previo de erradicación para H. Pylori, antibióticos, AINES o inhibidores de bomba de protones en las últimas tres semanas, anticoagulación, alergias conocidas a los medicamentos del esquema, anticoagulación, embarazadas, contraindicaciones para endoscopia digestiva alta.

Intervenciones: tratamiento durante diez días con: Omeprazol 20 mg dos veces día, furazolidona 100 mg cuatro veces al día, tetraciclina 500 mg cuatro veces al día y amoxicilina 500 mg cuatro veces al día (OTAF).

Mediciones: tasa de erradicación de H. Pylori y efectos colaterales después del tratamiento. Cinco a 10 semanas después de la última dosis del tratamiento asignado, se realizó segunda endoscopia y se investigó H. Pylori en seis biopsias, tres del antro y tres del cuerpo, mediante hematoxilina y eosina y coloración de Giemsa. Se consideró erradicación ausencia de H. Pylori en las muestras enviadas para histología.

Resultados: se incluyeron 28 pacientes, edad promedio 52 años (27-72 años), 20 mujeres. Un paciente se retiró por efectos colaterales probablemente secundarios a la furazolidona (vómito, diarrea). H. Pylori fue erradicado en 23/27 pacientes, (intención de tratar: 85%, (IC 95% 66.2, 95.8%). Efectos colaterales se presentaron en 8 pacientes (29%).

Conclusiones: OTAF es una alternativa eficaz y económica para el tratamiento de la infección por H. Pylori en nuestro medio con alta resistencia al metronidazol. La no inclusión de claritromicina, disminuye los costos. Será necesario realizar una investigación con mayor número de pacientes, para aumentar la precisión, verificar los resultados obtenidos en el presente estudio y definir el lugar de este esquema de erradicación entre las diferentes opciones disponibles.

406

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA PERNICIOSA EN UNIDADES DE GASTROENTEROLOGÍAMartínez Julián D., Rey MH., Garzón MA., Molano JC., Guevara L., Amaya R.*
Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de la Samaritana, Hospital San Blas*, Bogotá, Colombia.

Objetivos: describir una serie de pacientes con anemia perniciosa, diagnosticados en un período de 2 años (1998 – 1999).

Diseño del estudio: serie de casos

Lugar del estudio: Hospitales Universitario de la Samaritana y San Blas, Bogotá.

Pacientes: pacientes con megaloblastosis y bajos niveles séricos de vitamina B 12.

Intervenciones: se investigó la presencia de gastritis crónica atrofía corporal difusa (GCACD) o tipo A mediante biopsia endoscópica y de anticuerpos contra células parietales.

Mediciones: el diagnóstico de anemia perniciosa, se realizó por la presencia de anemia megaloblástica, Hb menor de 10 gr/dl, volumen corpuscular medio (VCM) mayor de 100, niveles séricos de ácido fólico normales, niveles séricos de vitamina B12 inferiores a 40 mg/dl, presencia de anticuerpos séricos contra células parietales y la presencia de GCACD en la endoscopia y biopsias gástricas. Presencia de otros auto anticuerpos séricos (antitiroideos, anti nucleares).

Resultados: se hizo el diagnóstico en nueve pacientes, siete mujeres, dos hombres con un promedio de edad de 53 años y un rango de edad de 19 a 85 años, Hb promedio de 8 gr/dl, VCM promedio de 110, niveles séricos de vitamina B12 promedio de 22 mg/dl, presencia de anticuerpos anti células parietales en 6 pacientes, presencia de anticuerpos antitiroideos en uno y anticuerpos antinucleares en dilución mayor de 1:120 en tres pacientes y la presencia de GCACD en todos los pacientes y la determinación histológica de *Helicobacter pylori* en cinco. En cuatro pacientes, (tres mujeres, un hombre), se encontró como patología carente asociada la presencia de degeneración medular subaguda combinada y en un paciente varón, la presencia de un tumor carcinoide gástrico.

Conclusiones: la anemia perniciosa no es una patología exótica en nuestro medio y a diferencia de los informes clásicos en donde es una enfermedad de ancianos de raza blanca, en nuestra serie el promedio de edad se sitúa por debajo de la sexta década, con un notorio predominio del género femenino, hallazgo concordante con informes previos de Brasil y de la cuenca del Caribe. Llamó la atención la determinación histológica del H. Pylori en una proporción importante de pacientes a pesar de la atrofia mucosa, lo que podía correlacionarse con la alta tasa y gran densidad de la infección por ese germen en la población colombiana. Animamos a los médicos a descartar la atrofia de la mucosa gástrica de origen autoinmune como causa de las anemia megaloblásticas.

407

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Accini José, Trujillo F., Urina M., Beltrán N., Jiménez I.

Facultades de Medicina de la Universidad Libre y Fundación Universitaria San Martín, Barranquilla, Hospital Universitario de Barranquilla, Colombia.

El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una condición rara que afecta 1 de cada 7000 a 15000 partos, y expresada clínicamente por un episodio de falla hepática en el último trimestre de la gestación y patológicamente con transformación grasa del citoplasma de las células hepáticas. En series reportadas inicialmente la mortalidad materna y fetal fue de 70 y 90% respectivamente.

Se describen las características clínicas, de laboratorios y patológicas de un caso de HGAE fatal complicado por pancreatitis necro-hemorrágica y coagulación intravascular diseminada (CID).

Descripción del caso: primigestante de 38 años de edad y 36 semanas de embarazo por el ultrasonido con 48 horas de evolución de síntomas que inicia con náuseas, vómito prandial, malestar general y anorexia, seguido por dolor epigástrico de progresiva intensidad e ictericio así como disminución de los movimientos fetales, que obliga a la consulta y a la decisión de cesárea segmentaria documentándose óbito fetal masculino. En el post-operatorio inmediato desarrolló confusión, somnolencia y coma. Se trasladó a la UCI encontrándose en choque, taquicárdica, pálida, icterica y con sangrado por herida quirúrgica, genitales externos y tracto digestivo, y distensión abdominal. En el monitoreo invasivo se encuentra PVC de 1 mmHg. PCP: 6 mmHg. IC: 2.1 lit/min/M2sC y Presión intraarterial media de 32 mmHg. Los paraclínicos muestran anemia con leucocitosis marcada, hiperbilirrubinemia directa. ALT: 138 U/L, hipoglicemia, creatinina de 1.9 mg/dL y alteraciones en la coagulación compatibles con CID. Posterior a la estabilización es llevada a cirugía encontrándose hemoperitoneo, pancreatitis hemorrágica, isquemia intestinal severa y útero atónico. Se practica histerectomía y se deja abdomen abierto con bolsa de "Bogotá". En postoperatorio inmediato de la segunda intervención la paciente hace asistolia y fallece. En patología se encuentra hígado de 900 gr aspecto graso y degeneración microvesicular hepatocitaria en zona centrilobulillar sin necrosis celular y escaso infiltrado inflamatorio.

Discusión: el HGAE debe sospecharse cuando en las últimas semanas del embarazo aparece vómito persistente, malestar general, ictericia y encefalopatía. El diagnóstico y las decisiones al inicio están basadas exclusivamente en las características clínicas y los hallazgos de laboratorio. Deben descartarse situaciones que producen ictericia al final del embarazo con síndrome HELLP, colestasis gestacional, además de hepatitis viral o tóxicas y litiasis de la vía biliar. Se da relevancia a este caso por la importancia que tiene el médico internista interconsultante en la asesoría diagnóstica y terapéutica de estos casos.

408

ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA EN EPOC COMPARACIÓN CON UN GRUPO CONTROL

Gómez Martín, Gutiérrez O., Flórez E., Cardona H.

Unidad de Gastroenterología y Neumología, Clínica Carlos Lleras ISS, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Objetivos: comparar la frecuencia de síntomas gastrointestinales, los hallazgos endoscópicos de vías en pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) (G1) y en un grupo control (G2).

Diseño: estudio analítico de casos y controles.

Lugar: Clínica Carlos Lleras – ISS.

Pacientes: los casos y los controles fueron tomados de la consulta externa del Servicio de Medicina Interna, fueron estudiados un total de 30 casos y 30 controles, se incluyeron como casos pacientes mayores de 18 con tos productiva de más de tres meses durante dos años consecutivos y con VEF1 menor del 75% que no hubieran recibido bloqueadores de ácido en las últimas 4 semanas ni presentaran contraindicaciones absolutas para realizar la EVDA, como control se tomó un grupo de voluntarios.

Intervenciones: a los pacientes incluidos se les aplicó un formulario para valoración de síntomas gastrointestinales, espirometría, endoscopia de vías digestivas y biopsias en antro.

Mediciones: se realizó un análisis univariado, como medida de asociación se empleó la razón de productos cruzados OR, como prueba de significancia estadística la prueba Chi2, se seleccionó un nivel alfa del 5%.

Resultados: no se encontró diferencia significativa en edad y sexo en los dos grupos ($p > 0.5$). El porcentaje de pacientes totalmente asintomáticos desde el punto de vista gastrointestinal fue de 16.6% en G1 y 36.6% en G2 ($p = 0.08$). El síntoma gastrointestinal más frecuentemente referido en los dos grupos fue la epigastralgia (40.3% vs 50% $p = 0.6$) respectivamente para G1 y G2. La frecuencia de síntomas tipo reflujo gastroesofágico fue de 40% en G1 y 13% en G2 ($p = 0.02$, OR 4.3 IC 1.5 – 18.5) el principal hallazgo endoscópico en los dos grupos fue la gastritis crónica atrofía (60% vs 73.3% $p = 0.27$), tampoco se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de hernia hiatal ($p > 0.05$), esofagitis erosiva ($p > 0.05$). La presencia de erosión antral no fue mayor pero presentó una tendencia ligeramente mayor en el G1 (23%) que en el G2 (13%) ($p = 0.32$, OR: 2.0).

Conclusiones: la frecuencia de síntomas dispépticos generales no ofrece diferencias significativas en los pacientes con EPOC en comparación un grupo control. Los síntomas tipo reflujo gastroesofágico son significativamente más frecuentes en pacientes con EPOC sin encontrarse correlación con la presencia de esofagitis erosiva o hernia hiatal. Este hallazgo, pudiera corresponder, a la ingesta de múltiples medicamentos que habitualmente toman estos pacientes y que tienen un reconocido efecto sobre el tono del esfínter esofágico inferior y la mucosa antral. Exceptuando los síntomas de RGE, los síntomas dispépticos generales y los hallazgos endoscópicos de los pacientes con EPOC son similares a la población control.

409 ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER GÁSTRICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE ESTE TUMOR
Gutiérrez Oscar, Gómez M., Angel A., Cardona H., Sepúlveda A., Graham D., U. Nacional, Bogotá, Colombia. Baylor Coll. of Medicine, Houston, TX.

Objetivos: 1. comparar la frecuencia de cáncer gástrico en los familiares de tres grupos: a. cáncer gástrico, b. dispepsia no ulcerosa y c. úlcera duodenal. 2. Investigar las características histológicas gástricas de familiares en primer grado de consanguinidad de estos paciente con cáncer gástrico comparadas con un grupo control de familiares de pacientes con dispepsia no ulcerosa que no tienen historia de este tumor.

Diseño: estudio analítico de casos y controles.

Lugar: Clínica San Juan de Dios, de Santa Fe de Bogotá.

Pacientes: se realizó una investigación en dos fases; 1ª. Durante los últimos tres años, pacientes con diagnóstico histológico de cáncer gástrico (CG) fueron entrevistados sobre la presencia de este en sus familiares. La proporción de pacientes que tuvieron este antecedente fue comparada con otros dos grupos: pacientes con diagnóstico endoscópico de UD y DNU. 2ª. Se investigaron sujetos familiares de los pacientes con CG de la primera fase diagnosticados y confirmados en el mismo servicio. Se compararon con pacientes con DNU.

Intervenciones: se aplicó un formulario a todos los pacientes, luego se les practicó una endoscopia digestiva alta, durante la cual se tomaron biopsias gástricas. Los resultados fueron comparados con los obtenidos con un grupo control constituido por pacientes con DNU pero sin antecedente familiares de cáncer gástrico.

Mediciones: se realizó análisis univariado y bivariado, los principales hallazgos son presentados como proporciones, razón de ventajas y medidas aritméticas.

Resultados: en la primera fase del estudio se estudiaron 1301 pacientes que incluían 110 que tenían adenocarcinoma gástrico, 532 con úlcera duodenal y 659 con DNU. La edad fue de 41.4, 41.1 y 57.3 años para UD, DNU y CG respectivamente. La frecuencia de pacientes con CG familiar fue similar; para UD y DNU (6.8% vs 5.8% p>0.05) y del 18.2% para CG (p=0.0001), segunda fase; la densidad de H. Pylori y la inflamación de PMN, fue más alta en el cuerpo que en el antro en los individuos menores de 36a con historia positiva de Ca gástrico (p=0.01), el número de folículos linfoides (p=0.001) y atrofia en el antro (p=0.03) fue también más alto en individuos mayores (>48 a) con historia familiar de Ca gástrico.

Conclusiones: el presente estudio demuestra que los familiares de los pacientes con CG presentan más precozmente cambios histológicos que pueden evolucionar al CG y mayor infección por H. Pylori, lo cual refuerza la idea, que es un grupo de más riesgo en quienes se debería realizar una terapia de erradicación. Esta investigación también reafirma que epidemiológicamente los hallazgos anteriores son válidos al encontrar una mayor frecuencia de casos de CG entre los familiares en primer grado de los portadores de esta enfermedad maligna. De otra parte la presencia de una úlcera duodenal puede resultar en un reducido riesgo de cáncer, pero esta protección no se extiende a sus familiares de primer grado, el cual es igual que para pacientes con DNU. Estos datos son consistentes con la hipótesis que la combinación de virulencia de H. Pylori, el huésped y el ambiente contribuyen para determinar la evolución final de la infección en cada individuo. Lo anterior nos conduce a sospechar que en nuestro medio el cáncer hereditario es de menor proporción que en otros países y que los factores ambientales parecen ser de mayor influencia en nuestra población.

411 ANTICUERPOS ANTIGÁSTRICOS EN PACIENTES INFECTADOS CON HELICOBACTER PYLORI
*Martínez Julian David, Vargas A. *, Porras T. *, Henao S., Jaspe E. Hospital Universitario de la Samaritana, * Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.*

Objetivos: evaluar la presencia de anticuerpos anti mucosa gástrica en pacientes con enfermedad gastroduodenal e infectados con Helicobacter pylori.

Diseño: analítico descriptivo.

Lugar: unidad de gastroenterología, Hospital Universitario de la Samaritana.

Pacientes: se estudiaron treinta y nueve pacientes: 13 con gastritis superficial, 13 con gastritis atrófica y 13 con úlcera duodenal, a los cuales se les realizó endoscopia de vías digestivas altas y se obtuvieron biopsias de antro y cuerpo gástricos. Se obtuvieron muestras de suero de cada uno de los pacientes.

Mediciones: estudio histológico de las biopsias gástricas. Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas: inmunoperoxidasa e inmunofluorescencia indirecta autóloga (substrato humano) y heteróloga (substrato ratón) para la detección de autoanticuerpos séricos contra la mucosa gástrica. Mediante la técnica de ELISA se determinaron anticuerpos séricos específicos contra la bacteria.

Resultados: se determinó la infección por H. pylori en el 97.5% de las biopsias. Se detectaron autoanticuerpos séricos contra el cuerpo gástrico en el 12.8% de los casos. En pacientes con: gastritis superficial (5%), con úlcera duodenal (5%) y gastritis atrófica (2.8%). En este estudio se encontraron dos diferentes patrones de anticuerpos: a) anticuerpos contra las células parietales en el 5% de los casos y b) anticuerpos contra la porción apical de las glándulas basales del cuerpo gástrico en el 8%. El 100% de los sueros fueron positivos para anticuerpos séricos específicos anti H. pylori.

Conclusiones: en todas las patologías incluidas en el estudio se evidenció la presencia de autoanticuerpos y se detectó la bacteria; lo que sugiere que la infección por H. pylori puede estimular anticuerpos de reacción cruzada con autoantígenos gástricos y de esta manera el mecanismo inmunológico puede representar una asociación patogénica entre Helicobacter y la gastritis. De los autoanticuerpos hallados contra la mucosa gástrica la mayoría estaban dirigidos contra la parte apical de las glándulas gástricas, lo que indicaría que la respuesta inflamatoria observada es más una respuesta autoinmune, que una simple respuesta contra la infección por H. pylori. Los anticuerpos antigástricos juegan un papel importante en el daño glandular y el posterior desarrollo de atrofia gástrica. Al parecer los antígenos de Helicobacter se parecen tanto a antígenos gástricos que son capaces de generar reacciones autoinmunes, pero son lo suficientemente diferentes de los autoantígenos para generar una respuesta inflamatoria normal. La técnica de inmunoperoxidasa detectó más casos positivos para autoanticuerpos. Utilizando tejido gástrico de ratón se detectaron más casos positivos posiblemente debido a que los antígenos de la mucosa gástrica del ratón estaban intactos, en comparación con el tejido humano en donde los epítopes celulares se encontraban modificados por la respuesta inflamatoria.

410 ESTUDIO DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA DE ÁCIDO EN DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES UTILIZANDO LA TÉCNICA DE COMIDA FICTICIA "SHAM FEEDING" (SF)
Gómez Martín, Gutiérrez O., Castillo B., Cardona H. Unidad de Gastroenterología, U. Nacional, Clínica Carlos Lleras – ISS.

Objetivos: evaluar la técnica de gastroacidograma con "SF" para conocer los valores de secreción gástrica de ácido basal y con estímulo en individuos normales y en cuatro grupos de pacientes, para estandarizar la técnica y difundir su uso.

Diseño: estudio de intervención.

Lugar: Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Pacientes: se estudiaron pacientes, que aceptaron participar en el estudio y que no tenían contraindicaciones para la EVDA, además no debían estar consumiendo medicamentos que interfirieran con la secreción gástrica de ácido por lo menos 15 días antes. Los 5 grupos fueron: 1. Pacientes con DNU. 2. Pacientes con UD. 3. Pacientes con DNU y gastritis atrófica multifocal (GAM) y 4. Pacientes con EPOC. Finalmente se incluyó un grupo de adultos sanos.

Intervenciones: endoscopia de vías digestivas y biopsias gástricas, test de ureasa para H. pylori. Gastroacidograma basal y posterior a un estímulo con 220 gr de carne de res asada, la cual el paciente masticaba pero no deglutir.

Mediciones: a los pacientes incluidos se les realizó: endoscopia de vías digestivas y biopsias gástricas, test de ureasa rápida para H. pylori, gastroacidograma basal y posterior al estímulo.

Resultados: en total se incluyeron 60 individuos, doce por cada grupo a estudiar. En la siguiente tabla observamos los resultados del gastroacidograma en los 5 grupos, comparando la edad, peso, H. pylori, positivo, BAO (gasto basal), SAO (gasto postestímulo), CBA (concentración basal) y CPEA (concentración postestímulo).

Variable	Asintomatic	DNU	UD	GAM	EPOC
Edad años	32.2	35.3	38.5	33.44	64.46
Sexo (H%)	66%	75%	40%	50%	50%
Peso Kg	63.2	63.8	64.1	62.33	61.0
H. pylori %	87.5	85.7	100	77.7%	70%
BAO mmol/h	7.5	3.0	4.0	1.98	2.0
SAO mmol/h	11.5	9.0	12.5	5.98	3.0
CBA mEq/L	50	42.7	36.7	17.55	35.15
CPEA mEq/L	61.78	56.64	65.41	34.88	47.92

Conclusiones: se evidenció en la fase basal del gastroacidograma como los pacientes con GAM y EPOC tienen una menor concentración de mEq de H (17.55 y 35.15 mEq/L) que en los pacientes con UD(36.75 mEq/L p=0.021) los que se consideran hipersecretores, y menor concentración basal de ácido que el de los individuos asintomáticos (50 mEq/L, p=0.001), que se consideran normosecretores. El mismo patrón de secreción ácida se conservó posterior al estímulo con carne (SF). Esto nos muestra que este examen; económico, disponible y fácil de realizar puede ser útil en nuestro medio donde encontramos una alta prevalencia de las enfermedades asociadas con aumento en la secreción de ácido (UD) y más aun de los estados de hiposecreción como son la gastritis atrófica multifocal (MAG) y el cáncer gástrico.

412 ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI Y CÁNCER GÁSTRICO EN COLOMBIA
Rodríguez Alberto, Alvarado J., Sandler RS., Hani AC., Sanmiguel CP., Gómez G.

Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Objetivos: existe evidencia en la literatura que apoya la asociación entre la infección por Helicobacter pylori (HP) y el cáncer gástrico (CG). Diseñamos un estudio de casos y controles con el propósito de confirmar esta asociación en Colombia, uno de los países con más alta incidencia de CG en el mundo, e identificar otros factores de riesgo para el desarrollo de esta neoplasia.

Diseño: analítico de casos y controles

Lugar: Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá.

Pacientes: se compararon 85 pacientes con cáncer gástrico con 170 controles sintomáticos, 85 con gastritis crónica y 85 con endoscopia normal.

Intervenciones: la infección por HP se determinó usando estudios serológicos, se investigó sobre factores ambientales, familiares y nutricionales usando un formulario de recolección de datos ya validado.

Mediciones: frecuencia de infección por HP y otros factores de riesgo en los grupos de casos y controles.

Resultados: no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles en relación con la infección por HP. Los antecedentes de tabaquismo, consumo de alcohol y un pobre nivel socioeconómico fueron más comunes en los pacientes con CG. El consumo de trigo y nabos constituye un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico, igualmente existen otros alimentos que parecen tener una asociación protectora.

Conclusiones: en Colombia donde un porcentaje alto de la población está infectada por HP, el CG tiene una etiología multifactorial en la que el HP puede estar involucrado pero otros factores genéticos, ambientales y dietéticos parecen ser más importantes en la progresión del proceso de carcinogénesis.

413

CONCORDANCIA, CORRELACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOS ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PARA PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

Suárez Yvette, Alvarado J., Hani A., Rodríguez A., Sanmiguel C., Londoño D.

Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología. Departamento de Epidemiología, Hospital Universitario de San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Objetivos: validar dos instrumentos de estratificación de riesgo previamente publicados y evaluar su correlación y concordancia en la predicción de complicaciones y muerte en pacientes con hemorragia digestiva alta, con el fin de optimizar el manejo de los recursos y estandarizar el patrón de atención en este tipo de pacientes.

Diseño: estudio de correlación, concordancia y validación.

Lugar: Departamento de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá.

Pacientes: se incluyeron 78 pacientes que consultaron a urgencias por hemorragia digestiva alta de enero a diciembre de 1999.

Intervenciones: aplicación de las escalas inicial y final para estratificar el riesgo de cada una de ellas en bajo, intermedio o alto.

Mediciones: las escalas tenían en cuenta la edad, estabilidad hemodinámica (tensión arterial y frecuencia cardíaca), comorbilidad, diagnóstico endoscópico y signos de hemorragia reciente.

Resultados: la media de edad de 50 años (17-95) y el 40% de los pacientes presentaban enfermedades asociadas. 43,6% presentaron signos de inestabilidad hemodinámica. En el 78,2% de los pacientes, se documentaron lesiones que explicaban el sangrado. La escala inicial estratificó al 30,8% y 38,4% de los pacientes en riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente, mientras que con la escala final el riesgo bajo del 37,2%, el intermedio de 29,5% y el alto de 33,3%. Hubo una diferencia estadísticamente significativa para el número de complicaciones, tiempo de hospitalización, transfusiones y mortalidad en los tres grupos de riesgo para las dos escalas ($p < 0,05$). El coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,729 ($p < 0,0001$), mientras que el Kappa fue de 0,404 ($p < 0,0001$).

Conclusiones: consideramos que las dos escalas son válidas y de fácil aplicación en nuestro medio y tienen una importante correlación en la estratificación de riesgo, predicción de tiempo de hospitalización, complicaciones y mortalidad en los pacientes con hemorragia digestiva alta. Su utilidad será mayor al emplearlas conjuntamente en el manejo de estos pacientes.