

Gastroenterología

Gastroenterology

- G-1 ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR EN PACIENTES POST TRASPLANTE HEPÁTICO**
- G-2 INCIDENCIA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL SIGNIFICATIVO –SGI- Y NO SIGNIFICATIVO-SGNS- EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO (HUSI)**
- G-3 IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA CÁNCER GÁSTRICO EN UNA POBLACIÓN COLOMBIANA**

G-1**ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR EN PACIENTES POST TRASPLANTE HEPÁTICO****PINTO RENZO, LOMBO B, RIVAS C, SOLANO J, ROVAYO J, IDROVO V, TRIVIÑO D, VERA A***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Estenosis vía biliar, trasplante**Objetivos.** Revisar la incidencia y manejo de las complicaciones estenóticas de la vía biliar en pacientes sometidos a trasplante hepático en el hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá entre años 2003-2008**Diseño.** Estudio de incidencia**Lugar de estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá**Población.** Pacientes sometidos a trasplante**Intervención.** Revisión historia clínica digital, base de datos servicio de trasplantes**Mediciones.** Número de casos de estenosis de vía biliar características demográficas, motivo de trasplante, tiempo de isquemia fría y caliente, técnica y tiempo quirúrgico**Resultados.** 83 pacientes fueron sometidos a trasplante hepático 50,6% mujeres y 49,45% hombres edad promedio de 51,2 años. Principal causa de trasplante cirrosis autoinmune 18,07%, seguido por cirrosis biliar primaria 16,87%, Hepatitis C 15,66%, cirrosis criptogénica 14,46%, Cirrosis por alcohol 13,25%. 38% de los pacientes presentaron estenosis de vía biliar y el 93,75% manejados con colocación vía endoscópica de stent biliar, 2 casos 6,25% requirieron reconstrucción quirúrgica, 56,25% de las estenosis se presentaron en los primeros 10 días post trasplante, el tiempo quirúrgico fue 8,1 horas IC 95% 7,4-8,7, el tiempo de isquemia caliente fue 50,52 minutos IC 95% 47,97-53,06, tiempo de isquemia fría fue 7,64 horas. La técnica quirúrgica más empleada fue Piggy Back 69,14%, seguido Cross clamping 16,05% y Bypass Venovenoso 14,81%**Conclusión.** La estenosis de vía biliar post trasplante hepático es una complicación frecuente que se presenta de forma temprana posterior al trasplante ortotópico y cuyo manejo inicial en la mayoría de los casos es vía endoscópica con la implantación de stent en la vía biliar.

G-2**INCIDENCIA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL SIGNIFICATIVO –SGI- Y NO SIGNIFICATIVO-SGNS- EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO (HUSI)****DELGADILLO VIVIAN PAOLA, ALVARADO J, LONDOÑO D.***Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Sangrado, gastrointestinal, UCI**Objetivos.** Calcular la incidencia de SGS y SGNS en pacientes de la UCI del HUSI, admitidos en el periodo entre el 1 de agosto y noviembre 30 de 2007 y la mortalidad relacionada con el mismo.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo de incidencia**Lugar del estudio.** HUSI**Pacientes.** mayores de 16 años que ingresan a la UCI del HUSI en el periodo descrito, con mas de 24 horas de estancia y que no ingresaran por hemorragia digestiva o hubiesen recibido tratamiento para tal fin.**Intervenciones.** NINGUNA**Mediciones.** SGS, SGNS, muerte por sangrado gastrointestinal (SG).**Resultados.** Muestra recolectada: 524 sujetos. Promedio de edad: 57 años. Edad máxima:94 y mínima:17 años. 236 mujeres y 285 hombres. Mayor grupo de edad de 51 a 70 años. Incidencia acumulada de SG de 3.44%. Incidencia de SGI de 2.6%. Incidencia de SGNS de 0.76**Conclusiones.** La incidencia de SGS se encuentra en los rangos mencionados en la literatura, por debajo de algunos estudios, lo cual podría deberse al alto porcentaje de profilaxis manejado. La incidencia de SGNS es baja con la mencionada en otros estudios sin embargo se encontraron deficiencias en el registro de datos en la historia clínica. Muchos pacientes recibieron profilaxis o tratamiento sin tener un alto riesgo o claro diagnóstico del origen del sangrado. Mortalidad global de 49 pacientes (9.35%), ninguna atribuible a SG.

G-3**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA CÁNCER GÁSTRICO EN UNA POBLACIÓN COLOMBIANA****GÓMEZ MARTÍN ALONSO, OTERO W, RUIZ X.***Departamento de Medicina Interna y Unidad de Gastroenterología. Universidad Nacional de Colombia. Hospital El Tunal – Bogotá, D.C.*

El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte en nuestro medio. Infortunadamente la mayoría de casos se detecta en estados avanzados cuando las opciones de tratamiento son muy pobres. Por estas razones se justifican estudios que permitan detectar sus factores de riesgo y sus factores de protección para poder recomendar medidas de prevención. En la literatura mundial existen datos controvertidos sobre factores de riesgo como alimentos salados, alimentos asados o el carbón, la infección por el *H. pylori* y la herencia. De otro lado se han identificado factores protectores como el consumo de frutas y vegetales que no son consistentemente corroborados en los diferentes estudios. De igual forma se ha demostrado que los pacientes con úlcera duodenal tienen un menor riesgo de padecer de cáncer gástrico, lo cual sugiere un factor protector. Por lo tanto sería interesante evaluar como se comportan estos tipos de factores (protectores y de riesgo) en dos grupos de pacientes que tienen enfermedades mutuamente excluyentes.

Objetivo. Determinar la prevalencia de los diferentes factores medioambientales (hábitos alimenticios y tabaquismo) y familiares (antecedente familiar de cáncer gástrico) en pacientes con cáncer gástrico y úlcera duodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori*.

Pacientes y métodos. Estudio observacional analítico, para comparar proporciones con respecto al consumo de alimentos y hábitos relacionados con cáncer gástrico en dos grupos de pacientes, uno con cáncer gástrico (casos) y otro con úlcera duodenal (control). La población de estudio la constituyen pacientes que asisten al servicio de gastroenterología de un hospital de III nivel. La muestra la constituye dos cohortes prospectivas (cáncer gástrico y úlcera duodenal) de pacientes que fueron seleccionados en forma consecutiva desde enero de 2007 a junio del 2008. Todos los pacientes con adenocarcinoma gástrico confirmado histológicamente fueron incluidos dentro de los casos y como control se tomó pacientes con úlcera duodenal que asistieron al mismo servicio, los cuales fueron pareados por edad y sexo.

A los dos grupos se les llenó un formulario que contenía las principales variables demográficas y los hábitos alimenticios relacionados con cáncer gástrico, así como los antecedentes de cáncer. Todas las endoscopias fueron realizadas por un solo médico que desconocía los resultados de la encuesta.

Resultados. En total se incluyeron 90 pacientes con cáncer gástrico (casos) y 93 con úlcera duodenal (controles). El promedio de edad de los casos fue de 60.5 (ds 15.0) contra 57.1 (ds 13.4) años para los controles sin encontrar diferencias significativas. La mayoría de los pacientes fueron hombres 57.8 vs 60.2% respectivamente para los casos y controles sin diferencias significativas. El grado de educación se asocia negativamente con el riesgo de CG, OR 0.24 (IC 95% 0.07-0.77), de igual manera a menor número de hermanos, menor riesgo del tumor, OR 0.53 (IC95% 0.29-0.96), $p=0.038$. Se encontró una asociación positiva con los siguientes cuatro factores, colocar sal a un plato antes de probarlo, OR 5.56 (IC95% 1.8-17.1), $p=0.01$, consumo de alimentos asados OR 3.97 (IC95% 2.2-7.4) $p=0.001$ y antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado OR 4.2 (IC95% 1.7-10.4) $p=0.001$ y consumo de alimentos cocinados al horno OR 5.68 (IC95% 1.21 a 26.7), $p=0.014$. No se encontró asociación negativa (protección) o positiva (riesgo) entre el CG y el consumo de verduras OR 1.43 (IC95% 0.78-2.6) o frutas frescas OR 1.5 (IC95% 0.84-2.92).

Conclusión. No se encontró asociación entre cáncer gástrico y el consumo de verduras y frutas frescas. No encontramos ningún factor que estuviera más asociado a la formación de úlcera duodenal, ni tampoco un factor protector de cáncer gástrico. El alto consumo de sal, los alimentos asados o al horno fueron un factor de riesgo para cáncer gástrico al igual que el antecedente familiar de cáncer gástrico. Con base en estos resultados se podría recomendar disminuir el alto consumo de sal en la dieta, evitar consumir alimentos expuestos al humo y hacer tamización (screening) a los familiares de primer grado de consanguinidad de pacientes con CG como medidas de prevención para esta terrible enfermedad.