

- 91** PREVALENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN GASTRITIS CRÓNICA Y SU TRATAMIENTO CON ESQUEMAS BICONJUGADOS A CORTO PLAZO.
Gonzalez Florez H., Ahumada R.E., Montoya M.O., Diaz G.C., Quiroz Q.J., Velasquez A.G., Gonzalez F.M.
Sección de Medicina Interna. Hospital Regional de Yarumal.
Con el objetivo de medir la prevalencia de Helicobacter Pylori (HP) en Gastritis Crónica (GC) y valorar la eficacia de los esquemas de tratamiento biconjugados a base de Bismuto (B) y Metronidazol (Mz), fueron estudiados 100 ptes, sometidos a Endoscopia y biopsias del antro gástrico así: Grupo A: Ptes sintomáticos con diagnóstico endoscópico de GC: 75. Grupo B: Ptes voluntarios sanos o asintomáticos: 25. Los ptes HP pos. se asignaron al azar para su tratamiento así: Grupo 1: 2 semanas: Bismuto subcitrato 120 mg. x4. Metronidazol 250mg. x4. Grupo 2: 1ª semana: B y Mz, iguales dosis que grupo 1. 2ª semana: B: 120mg. x3. Se practicó endoscopia y biopsias a los 20 días de terminado el tratamiento. Estudio doble ciego. Resultados: Positividad de HP: Sintomáticos: 50,6%. Asintomáticos: 48%. Gastritis Crónica Inactiva (GCI) leve más común en ptes HP negs que en ptes HP pos (RR:0,37; X²:11, P:0,0007). GC leve, sin diferenciar la forma, más común en HP negs que en HP pos (RR:0,35; X²:8,5; P:0,003). GC severa más común en HP pos que en HP negs (RR:0,11; X²:9,5; P:0,0028). HP más común en Gastritis Crónica Activa (GCA) que en GCI, tanto en ptes sintomáticos (RR:1,8; X²:7,4; P:0,006), como en el total de ptes (RR:1,7; X²:6,7; P:0,009). Concentración alta de HP más común en GCA que en GCI, tanto en sintomáticos (RR:6,1; X²:9,3; P:0,002), como en el total de ptes (RR:4,8; X²:11; P:0,0008). Estos datos son corroborados además por: GCA más común que GCI en ptes sintomáticos (RR:6,3; X²:5,3; P:0,02). En Gastroscoopia, GC más común en sintomáticos que en asintomáticos (X²:24,7; P:0,000017).
Tratamiento: Herradicación de HP: Grupo 1: 88,8%. Grupo 2: 50%. (RR:1,8; X²:6,6; P:0,01). Regresión de GC histológica a normalidad o grado leve de GC: Gr.1: 61%. Gr.2: 25% (RR:2,4; X²:5; P:0,02). Mejoría de síntomas: Gr.1: 80%. Gr.2: 28% (RR:2,8; X²:6,1; P:0,01).
Se concluye que HP es relativamente frecuente en esta zona, es un agente causal de GC, más relacionado con GCA o GC severa. Bismuto subcitrato + Metronidazol, a dosis antedichas, simultáneamente por 2 semanas es mejor alternativa que esquemas que usaban con poca efectividad Mz: 3-5 días + B: 1 mes en Gastritis.

90 SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE: TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA EL CONTROL Y DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS.
Marcela Correa, Liliana González, William Otero.
Universidad Santo Tomás, Facultad de Psicología, Clínica Fundadores Unidad de Gastroenterología. Bogotá.
El Síndrome de Intestino Irritable (SII), representa el 30 a 40% de la consulta diaria en gastroenterología y se ha demostrado que constituye la segunda causa de ausentismo laboral en el mundo después de la gripe. Clásicamente el tratamiento es dirigido a disminuir los síntomas e identificar y modificar los factores precipitantes. Hasta el momento ninguna droga ha demostrado eficacia definitiva. Se ha encontrado que los síntomas son leves en el 70%, moderados en el 25% y severos en el 5% de los pacientes. Teniendo en cuenta que en estos últimos dos grupos de pacientes el tratamiento convencional es poco eficaz, decidimos realizar el presente trabajo utilizando el Tratamiento Multi-componente, basado en técnicas psicológicas cognitivo-conductuales. Constituye este el único trabajo en el país con este tipo de pacientes. MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron 14 pacientes adultos con SII, con una evolución mayor de un año, basados en los criterios de Manning, asociados con hematología, química sanguínea, colonoscopia total y biopsias colónicas normales; que habían tenido poca respuesta durante 6 meses de tratamiento convencional. La terapia fue realizada durante 26 semanas: Dos semanas iniciales: evaluación basal de síntomas existentes en frecuencia e intensidad, medidos en una escala cuantitativa de 0 a 4; cuatro semanas de tratamiento: información educacional, relajación muscular progresiva (dirigida y complementada con cassettes para trabajo personal), linoculación del estrés y biorretroalimentación electromiográfica (Lab. fisiología U. Sto Tomás), durante este período evaluación diaria de síntomas; 20 semanas de seguimiento post-tratamiento, con visitas médicas cada 2 a 4 semanas. RESULTADOS: Durante el tratamiento disminución progresiva en frecuencia e intensidad de la mayoría de los síntomas, y durante el seguimiento reaparición leve de algunos síntomas pre-existentes pero controlables con drogas. CONCLUSIÓN: 1. El programa de tratamiento Multi-componente puede ser eficaz en pacientes con SII moderado a severo. 2. Es necesario realizar un estudio con mayor número de pacientes para ampliar la experiencia y definir el lugar de esta terapia en el SII.

92 LINITIS PLÁSTICA EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (ESCLERODERMIA).
William Otero R., Patricia Salgado, Roberto Martínez, Patricia Gallego, Luis E Niño, Carlos Orozco, Fabiola Quintero. CLÍNICA FUNDADORES BOGOTÁ. Gastroenterología, Medicina Interna, Radiología, Patología.
La Esclerodermia es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica, de causa desconocida, caracterizada por lesionar el tejido conectivo de diversos órganos: piel, riñón, pulmones y tracto GI. El grado y velocidad del compromiso de los diferentes órganos es variable en cada paciente. El compromiso GI ocurre en más del 80% de los pacientes especialmente a nivel esofágico, manifestado por síntomas de esofagitis péptica y disfagia. Otras alteraciones incluyen constipación o diarrea. El compromiso gástrico es inusual. La linitis plástica es un término acuñado por Brinton en 1865, que denota un compromiso infiltrante y extenso de la pared gástrica casi siempre por el carcinoma infiltrante difuso (Borrmann IV), pero también originado por la sífilis, TBC y linfoma. MATERIAL Y MÉTODOS: Describimos un paciente de 60 años, casado, educador remitido a la consulta de Gastroenterología con diagnóstico radiológico de Linitis Plástica. Al interrogatorio refería cuadro de seis meses de pirosis, pérdida de peso, llenura precoz, astenia, disnea I/IV, Raynaud con el frío, artralgias y rigidez de manos. Al examen: Signos vitales normales, engrosamiento cutáneo generalizado, piel brillante, dura, inmóvil, sin pliegues especialmente en el abdomen (el cirujano manifestó que tal alteración hacía casi imposible cualquier cirugía). La endoscopia alta mostró esofagitis péptica grado II, disminución del lumen gástrico con pliegues engrosados no distensibles, motilidad muy disminuida. La biopsia mostró gastritis crónica. Se inició omeprazole, cisapride y medidas generales anti-reflujo. ANA + (1/640), patrón moteado, FR +, Anti Sm (-), Anti RNP (-). Biopsia de piel, cambios típicos de esclerodermia. El paciente tuvo deterioro progresivo por debilidad muscular, anorexia y disnea acentuada y seis meses después falleció por cuadro de falla respiratoria aguda. Post mortem se tomó fragmento del estómago en el cual no se encontró tumor pero sí aumento fibrocolágeno en la submucosa y muscularis. CONCLUSIÓN. La esclerodermia es una causa más de Linitis Plástica no maligna. En el momento describir este caso no encontramos ningún informe previo en la literatura universal.

93 UTILIDAD DEL OCREOTIDO DE SOMATOSTATINA EN GASTROENTEROLOGIA CLINICA.

Sierra F. Botero R.C., Escallón J., Molano B. Sección Gastroenterología y Hepatología, Departamento de Medicina Interna y Cirugía. Fundación Santa Fé de Bogotá.

Se ha demostrado que la somatostatina y su análogo el ocreotido tienen múltiples funciones en el tracto digestivo como son: disminución del flujo sanguíneo esplácnico, retardo en el vaciamiento gástrico, disminución en la secreción gastrointestinal, retardo en el tránsito del colon etc., por tal razón nosotros lo denominamos el "Neuropéptido inhibidor universal". En el siguiente informe relacionamos la experiencia clínica. En varias enfermedades gastrointestinales.

ENTIDAD	#	Exito	Resangrad. 1 semana	Mortalidad 30 días
Sangrado por várices	17	13	3	1
Gastropatía congestiva	6	6		
Sangrado boca anastomótica	2	2		
Sangrado gástrico difuso	2	2		
Sangrado malformación vascular yeyuno	1		1	

Respuesta

	Excelent	Regular	Mala
Dumping	3	1	2
Diarrea intestino irritable	6	4	0
Diarrea SIDA	3	2	0
Sangrado diverticular	5	5	0
Carcinoide	1	1	0
Pancreatitis Balthazar A/B	6	6	0
Pancreatitis Balthazar D/E	3	3	0
Dolor Pancreatitis crónica	1	0	1

Conclusiones: Es indudable que se necesitan mayor número de pacientes para poder sacar conclusiones más valederas. Esta experiencia nos muestra una tendencia benéfica del empleo del ocreotido de somatostatina en varias entidades clínicas de la gastroenterología. Es notable que el único efecto colateral importante fue la presencia de cefalea en 4 pacientes, además, somos los primeros en informar experiencia favorable en el tratamiento del sangrado por divertículos del colon.

94 ESCLEROTERAPIA EN SANGRADO DIGESTIVO POR ULCERA PEPTICA. INFORME DE 96 PACIENTES.

Sierra F. Botero R.C., Molano B., Argüello A. Sección Gastroenterología y Hepatología, Departamento de Medicina Interna. Fundación Santa Fé de Bogotá.

Ningún tratamiento farmacológico ha podido cambiar la historia natural del sangrado digestivo por úlcera péptica, por tal razón en el momento actual consideramos que el tratamiento es fundamentalmente mecánico.

En el presente estudio informamos la experiencia adquirida al tratar 96 pacientes con úlcera péptica con estigmas de sangrado activo (chorro, escurrimiento, vaso visible o coágulo).

Con la aplicación inicial para controlar el sangrado de una solución 1:10000 de adrenalina aplicando entre 2 y 5 ml en y alrededor del nicho y posteriormente aplicando 1 ml de alcohol absoluto como sustancia esclerosante.

Características del grupo

	96 pacient.	# curación	# resangrad
Total	96	46	0
Úlcera duodenal anterior	46	46	0
Úlcera duodenal posterior	12	9	3
Úlcera gástrica tipo I	12	12	0
Úlcera gástrica tipo III	8	8	0
Úlcera gástrica tipo V	18	17	1

Características úlcera

	96 pacient.	# curación	# resangrad
Total	96	3	1
Chorro activo	3	2	1
Escurrimiento (oozing)	36	35	1
Vaso visible	38	37	1
Coágulo adherido	19	18	1

Los pacientes que resangraron fueron intervenidos quirúrgicamente. Sólo un paciente murió. El control de la hemorragia se obtuvo en el 95.8%, cifra muy superior al control con cualquier otro tipo de terapia disponible (50%) y al placebo (35%). Por lo anterior, recomendamos el tratamiento mecánico en todo paciente que cumpla los criterios empleados en este estudio.