

XXXIV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de
Medicina Interna (SADEMI)

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga



18:00-19:30 h SALA DE CONFERENCIAS 2

MESA REDONDA 14

NOVEDADES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. LO ÚLTIMO EN..

Moderadora: **Dra. Pilar Román Sánchez**
Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Aparato Digestivo

Dr. Luis Fernando Carballo Álvarez
Presidente Electo de la Sociedad Española de Patología Digestiva
(SEPD)

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

- **Esofagitis eosinofílica: un problema emergente**
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

	EEO pediátrica	EEO adultos
Definición, diagnóstico y tratamiento. Base científica	Sólida	Emergente
Presentación clínica	Polimorfa	Disfagia Impactación alimentaria Dolor torácico
Hallazgos endoscópicos	Similares	
Perfil clínico	Atopia	
Evolución de alergias alimentarias	Resolución espontánea progresiva	No resolución
Sensibilización a alergen	Alimentos > Aeroalergen	Aeroalergen > alimentos
Pruebas diagnósticas de sensibilización alimentaria (IgE específica y test cutáneos)	Aparentemente fiables	Poco fiables
Eficacia de las dietas de eliminación	Elemental > Empírica > Guiada por test de alergia	Empírica >>> Guiada por test de alergia
Uso terapéutico de la inmunoterapia	Riesgo de desarrollo EEO	Aeroalergen

MESA REDONDA SEGHN/SEPD: ALERGIAS ALIMENTARIAS

Dr. Javier Molina Infante
 Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres)

**Esofagitis eosinofílica en el adulto.
 Aspectos clínicos y terapéuticos**

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- **SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento**
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

Chang L, Bolus R, Melmed GY, Hays RD, Khanna D, Khanna P, et al. Differences in gastrointestinal symptom severity between irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) patients and the general population. *Gastroenterology*. 2013;144;5 Suppl 1:S918.

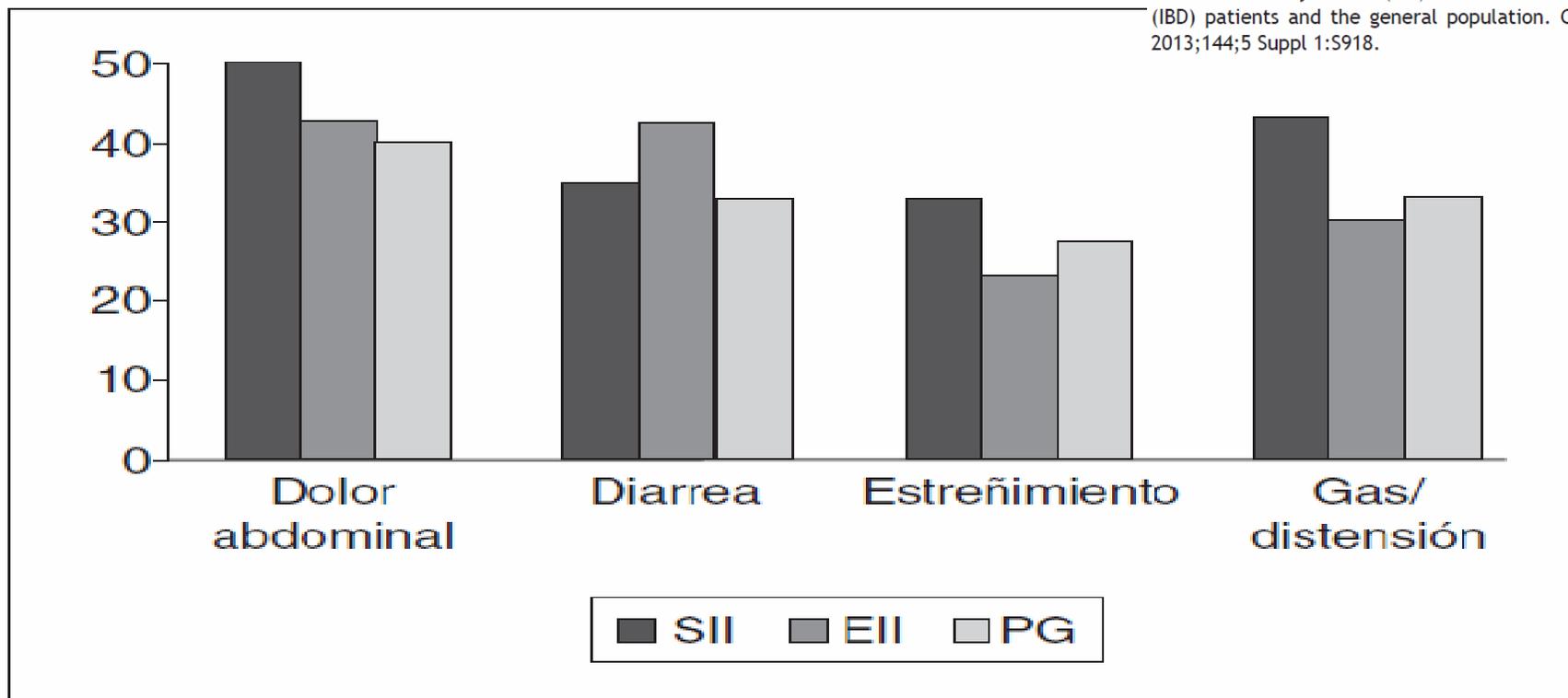


Figura 1 Comparación de la intensidad de los síntomas digestivos en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y población general (PG).

Tabla 1 Depresión y ansiedad en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII), colitis ulcerosa (CU) y controles

	SII			CU		
	Población	Caso (SII)	Control (no SII)	Población	Caso (CU)	Control (no CU)
Prevalencia de depresión	249	38%	6%	72	50%	11%
Prevalencia de ansiedad	249	32%	13%	72	64%	22%
Puntuación media de depresión (HADS)	420	5,4	2,4	227	4,1	1,7
Puntuación media de depresión (Beck)	60	5,9	1,7			
Puntuación media de ansiedad (HADS)	480	8,1	2,4	227	8,5	3,2
Puntuación media de ansiedad (STAI)				244	51,9	41,8

Beck: Beck Depression Inventor; CU: colitis ulcerosa; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; STAI: State-Trait Anxiety Index.

Tabla VI. Resultados por intención de tratar para las variables principales de eficacia (FDA y EMA) en los ensayos clínicos de linaclotida frente a placebo de 12 y de 26 semanas de duración en SII-E (estudios 31 y 302, respectivamente) (tomado de citas 40, 41 y 44)

<i>Estudio 31</i>		
<i>Variables resultado</i>	<i>Diferencia de riesgo (%)</i>	<i>NNT</i>
FDA primaria 12 semanas ^a	12,6	8
EMA dolor 12 semanas	16,6	6
EMA alivio sintomático 12 semanas	18,5	5,4
<i>Estudio 302</i>		
<i>Variables resultado</i>	<i>Diferencia de riesgo (%)</i>	<i>NNT</i>
FDA primaria 12 semanas ^a	19,8	5,1
FDA primaria 26 semanas ^a	19,2	5,2
EMA dolor 12 semanas ^b	15,6	6,4
EMA alivio sintomático 12 semanas ^c	22,8	4,4

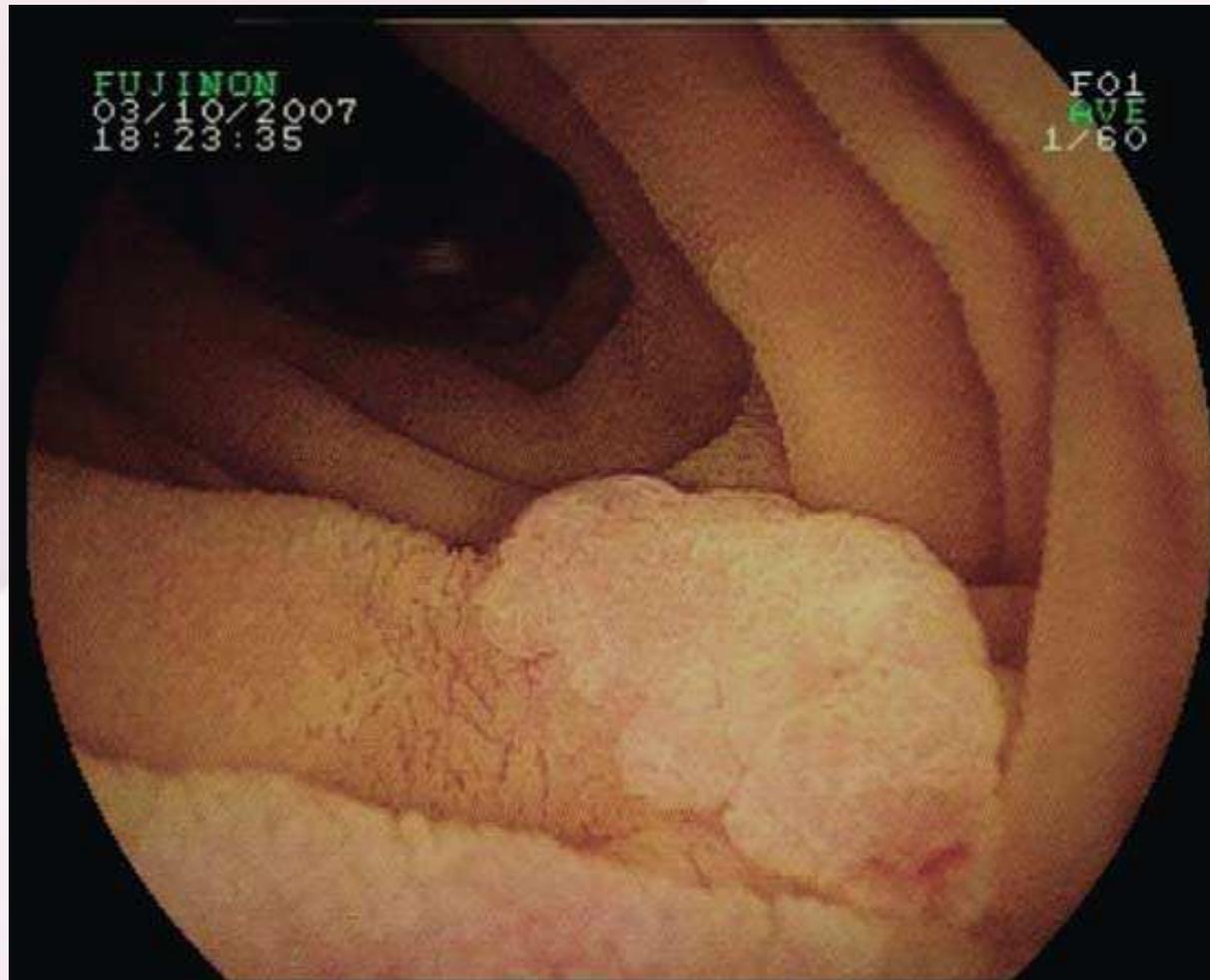
NNT: número de pacientes necesario a tratar. ^aDefine como respondedor solo a aquel que semanalmente y con respecto a la evaluación inicial, muestre una mejora de al menos un 30% respecto de la escala diaria de dolor abdominal y al menos una deposición espontánea completa. ^bRespuesta a las 12 semanas definida como al menos un 30% de reducción en la puntuación media semanal de dolor y/o de molestias dolorosas abdominales, sin episodios de empeoramiento respecto del punto de partida, durante al menos el 50% del tiempo de tratamiento (6 de 12 semanas). ^cRespuesta a las 12 semanas definida como una respuesta semanal de alivio considerable o completo de los síntomas de SII, en al menos el 50% del tiempo de tratamiento (6 de 12 semanas).

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- **EDB: una técnica consolidada**
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)



- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- **Cribado del CCR: por fin está aquí**
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

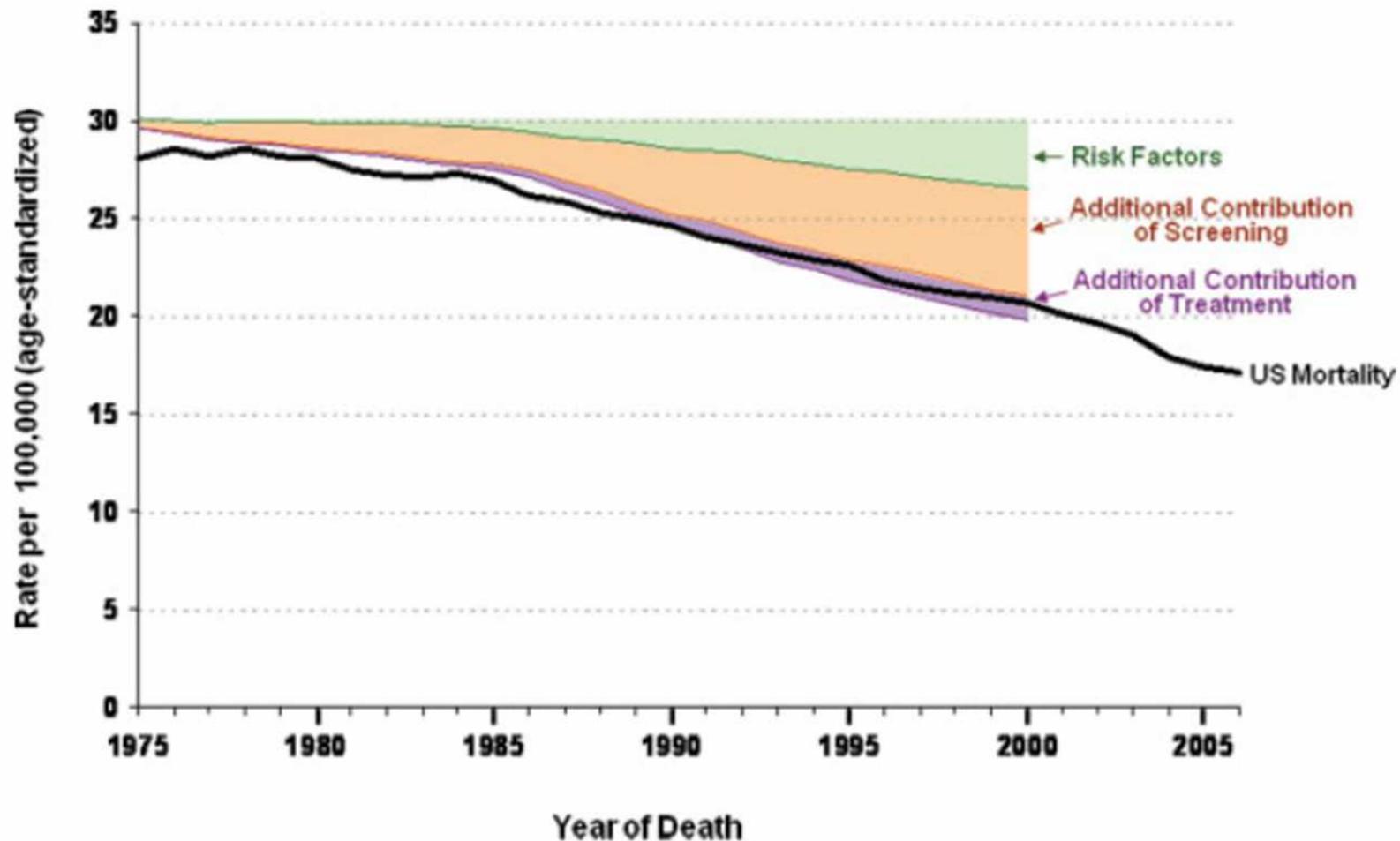


Table 3. Results of Primary Analysis: Odds Ratio for the Association Between Colonoscopy and Colorectal Cancer Death*

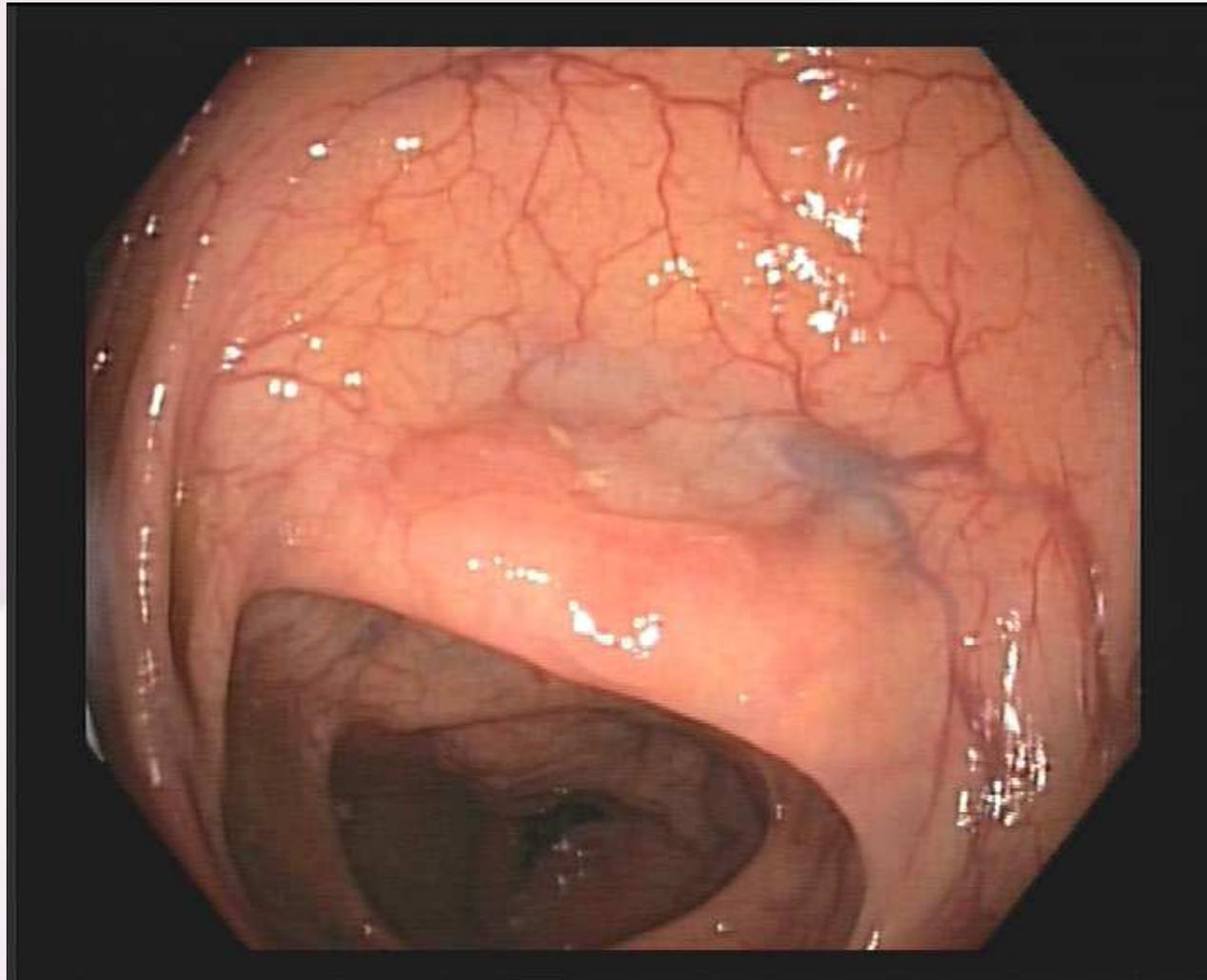
Model	Odds Ratio (95% CI)			
	All Cancer	Right-Sided Cancer	Left-Sided Cancer	Undefined Site of Cancer
Attempted colonoscopy				
None	1.00	1.00	1.00	1.00
Any	0.69 (0.63–0.74)	1.07 (0.94–1.21)	0.39 (0.34–0.45)	0.90 (0.75–1.08)
Completeness of colonoscopy				
None	1.00	1.00	1.00	1.00
Complete	0.63 (0.57–0.69)	0.99 (0.86–1.14)	0.33 (0.28–0.39)	0.90 (0.73–1.10)
Incomplete	0.91 (0.78–1.07)	1.35 (1.07–1.69)	0.63 (0.49–0.81)	0.91 (0.61–1.35)

* Conditional logistic regression, adjusted for Charlson Comorbidity Index score.

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

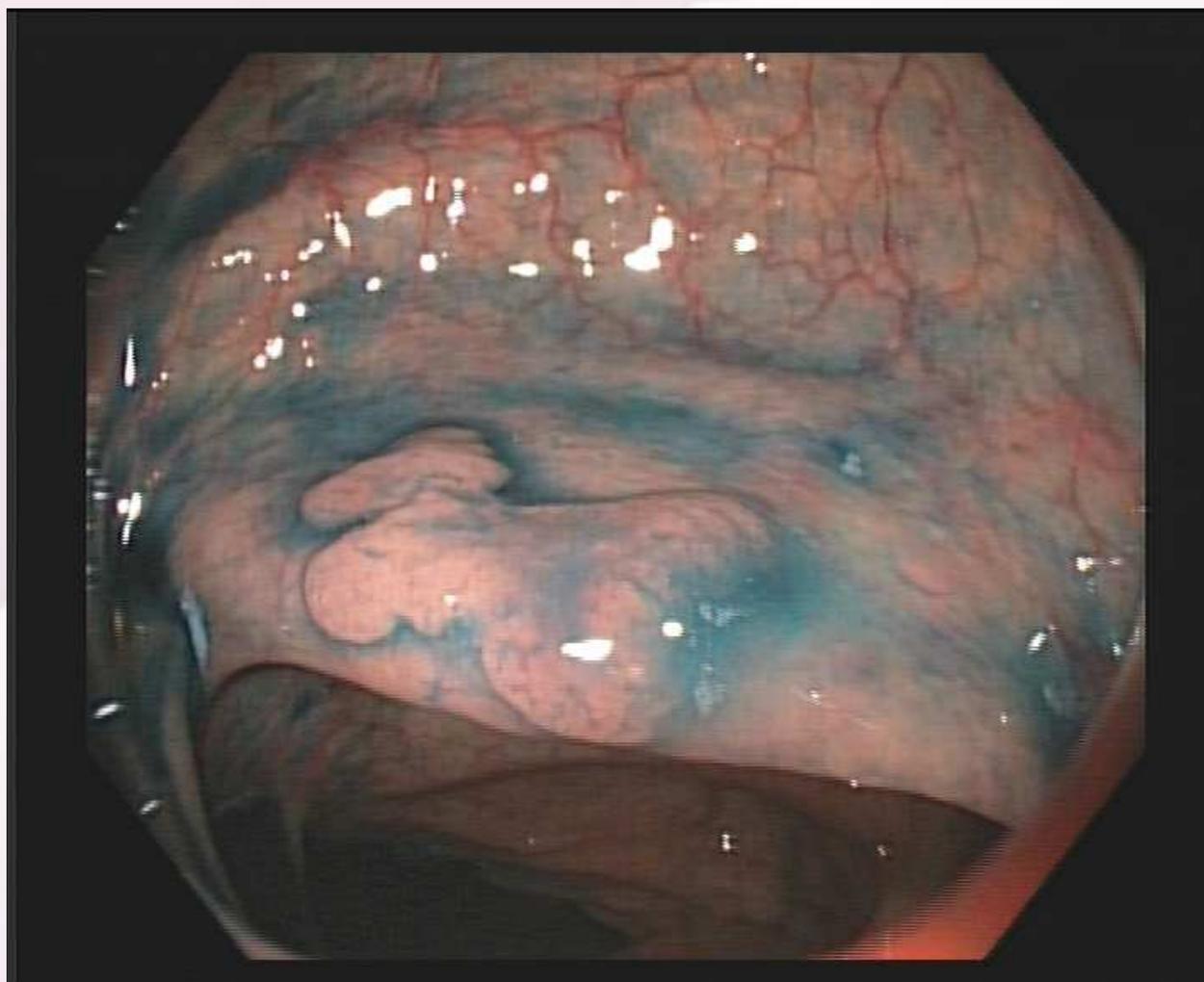
XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



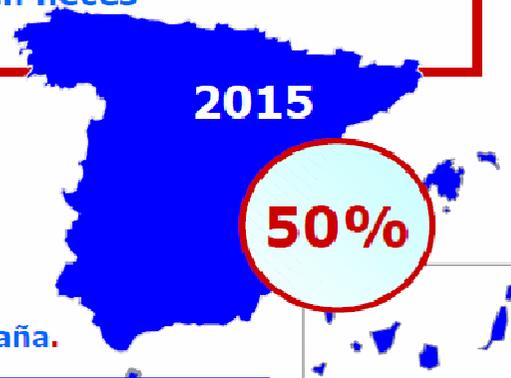
Objetivo 10

Implantar programas de cribado de cáncer de colon y recto para población de riesgo medio-bajo organizados con carácter poblacional cuyas bases se establecen de la siguiente forma:

- **Población objetivo: 50-69 (primera etapa)**
- **Prueba de cribado: sangre oculta en heces**
- **Intervalo de exploración: 2 años**

- **Sistemas de vigilancia y evaluación de calidad**
- **Sistemas de información**
- **Evaluación conjunta y por CC.AA. de proceso e impacto a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España.**

Seguimiento específico para personas con riesgo elevado (pólipos adenomatosos de alto riesgo o enf. inflamatoria intestinal)



Recomendaciones

•Indicadores para la evaluación

RED de programas de cribado

Participación en el programa de detección precoz de CCR
Proporción de tests de sangre oculta en heces positivo
Tasa de detección de adenomas de alto riesgo
Tasa de detección de cáncer invasivo colorrectal

ENS

Porcentaje de personas con sangre oculta en heces realizada

CCAA

Número de personas evaluadas en unidades de consejo genético

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

COBERTURA 2012



17%



10.283.772 personas 50-69 años (INE)
1.744.773 personas incluidas

TABLA I

<i>Personas con</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Total</i>	
	<i>VVP %</i>	<i>NNE</i>	<i>VVP %</i>	<i>NNE</i>	<i>VVP %</i>	<i>NNE</i>
Cáncer invasivo	2,69%	37,2	3,59%	27,9	3,20%	31,3
Adenomas: alto riesgo	25,78%	3,9	45,95%	2,2	37,06%	2,7
Adenomas: bajo riesgo	26,42%	3,8	27,16%	3,7	26,83%	3,7
Cualquier adenoma	52,20%	1,9	73,11%	1,4	63,89%	1,6
Cáncer invasivo o alto riesgo	28,47%	3,5	49,54%	2,9	40,26%	2,5
Cualquier neoplasia	54,89%	1,8	76,70%	1,3	67,09%	1,5
Colonoscopia realizada		n = 2676		n = 3395		n = 6071

CO025. EFECTIVIDAD CONSOLIDADA DE LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO: RESULTADOS DE UNA SERIE CONSECUTIVA DE MÁS DE 6.000 COLONOSCOPIAS EN EL PERIODO 2006-2011 DENTRO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL (PPCCR) DE LA REGIÓN DE MURCIA

Costes de CCR en España (€ 2003)

Concepto	Costes	Acumulado	% sobre directos	% sobre total
Hospitalarios	172.542.828		19,82%	16,41%
Ambulatorios	482.930.448	655.473.276	55,4 %	45,94%
Quimioterapia	215.091.857	870.565.133	24,71%	20,46%
Costes indirectos	180.634.193	1.051.199.326		17,18%
Total	1.051.199.326			100,00%

Costes totales € 2012 = 1.331.572.198
Costes directos € 2012 = 1.102.759.771

Costes del cribado

- **Estimación 2010 extensión del programa al conjunto de la Región de Murcia para el proceso de confirmación diagnóstica:**
 - **1.687.084 €**
 - 994.445 € (4.942 colonoscopias)
 - 692.639 € (16.818 muestras histológicas)
- **Costes directos CCR en 2010 (estimación IPC)**
 - **1.045.547.417 €**
- **Peso de la población de la Región de Murcia**
 - $1.460.671 / 45.989.016 = 3,18\%$
- **Costes directos CCR Murcia**
 - **33.248.408**
 - **5,07% de los gastos por CCR**
- **Peso de la población de la Región de Murcia (50-69 años)**
 - $270.999 / 10.035.404 = 2,7\%$
- **Coste estimado del esfuerzo para el conjunto del estado para el proceso de confirmación diagnóstica**
 - **62.484.593 € 2010 / 65.590.995 (6% del coste directo total por CCR)**

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- **Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa**
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

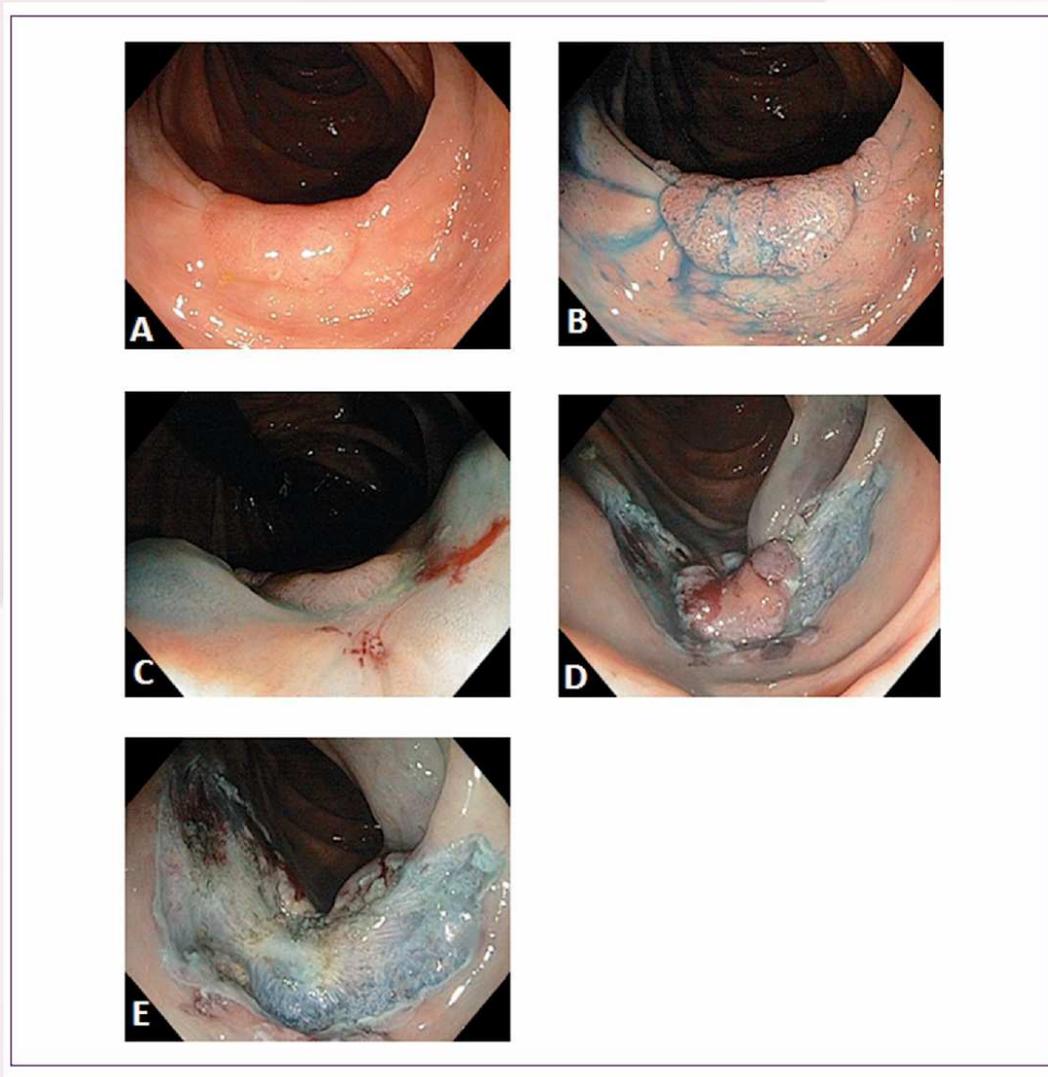
Disección submucosa: definición

- Corte circunferencial combinado con una disección a través de la capa submucosa, con visualización directa de la línea de corte, que permite la resección en bloque de lesiones neoplásicas limitadas a la capa mucosa o con mínima invasión submucosa.

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)



Disección submucosa colorrectal: indicaciones

Criterios definitivos

- LST No Granular >20 mm.
- Lesión intramucosa con fibrosis significativa (recurrencia, residual, EII) que impide llevar a cabo RME.

Criterios ampliados

- Adenocarcinoma con invasión submucosa superficial y criterios favorables*.

Criterios relativos

- Adenoma > 20 mm.
- Adenocarcinoma intramucoso en lesión >20 mm con criterios favorables*.
- LST Granular >40 mm.

* *Criterios favorables para adenocarcinoma: bien o moderadamente diferenciado, ausencia de infiltración vascular o linfática, invasión submucosa < 1000 μ m.*

XXXIV Congreso Nacional de la
 Sociedad Española de Medicina Interna
 (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
 de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

Disección submucosa colorrectal: resultados

Estudio (n)	Resección en bloque	Resección R0	Recurrencia	Perforación	Hemorragia
Repici 2012# (2841)	92%	88%	0,7%	4%	2%
Saito 2010 (1111)	88%	89%	2%	4,9%	1,5%
Niimi 2010 (310)	90,3%	74,5%	2%	4,5%	1,3%
Toyonaga 2013 (361)	98,6%	98,3%	0%	1,9%	1,7%
Nishiyama 2010 (296)	89,2%	79,1%	0,3%	8,1%	0,7%
Uraoka 2011 (202)	84-93%	78-84%	0%	3%	0,6%

Metaanálisis de 22 estudios (20 asiáticos, 2 europeos)

Disección submucosa colorrectal: resultados

Estudio		Resección en bloque / (R0)	Recurrencia	Perforación	Hemorragia
Tajika 2011	RME n=104	(39,4%)	15,4%	0	2,9%
	DSE N=85	(83,5%)	1,2%	5,9%	2,4%
Lee 2012	RME n=140	(32,9%)	25,9%	2,9%	--
	DSE N=314	(87,6%)	0,8%	8%	--
Saito 2010	RME n=228	33%	14%	1,3%	3,1%
	DSE N=145	84%	2%	6,2%	1,4%
Terasaki 2012	RME n=178	39%	7,8	1,6	--
	DSE N=61	97%	0	0	--
Kobayashi 2012	RME n=56	37,5%	21,4%	0	1,8%
	DSE N=28	93%	0	10,7	7,1%

RME: Resección mucosa endoscópica ; DSE: Disección submucosa endoscópica

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- **Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones**
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

Clasificaciones de gravedad en pancreatitis aguda

Clasificación	Categorías	Definición
Atlanta (1993)	Leve	Sin fallo orgánico ni complicaciones sistémicas
	Grave	Fallo orgánico y/o complicaciones locales (necrosis, absceso o pseudoquiste)
Clasificación basada en determinantes (2012)	Leve	Sin necrosis pancreática ni peripancreática y sin fallo orgánico
	Moderada	Necrosis (pancreática y/o peripancreática) estéril y/o fallo orgánico transitorio
	Grave	Necrosis (pancreática y/o peripancreática) infectada o fallo orgánico persistente
	Crítica	Necrosis (pancreática y/o peripancreática) infectada y fallo orgánico persistente
Revisión de la clasificación de Atlanta (2013)	Leve	Sin fallo orgánico y sin complicaciones locales ^a ni sistémicas ^b
	Moderadamente grave	Fallo orgánico transitorio y/o complicaciones locales/ sistémicas sin fallo orgánico persistente
	Grave	Fallo orgánico persistente (un órgano o multiorgánico)

^aComplicaciones locales: colecciones peripancreáticas líquidas agudas, necrosis pancreática y/o peripancreática, pseudoquistes, “walled-off necrosis” (necrosis tabicada).

^bComplicaciones sistémicas sin fallo orgánico persistente: exacerbación de comorbilidad preexistente como cardiopatía isquémica o EPOC, precipitada por la pancreatitis aguda. Fallo orgánico transitorio: duración < 48 h. Fallo orgánico persistente: duración > 48 h.

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- **Tratamiento virus C en fibrosis avanzada**
- Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización

**CO008. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TRIPLE
TERAPIA CON PEGINTERFERÓN, RIBAVIRINA
Y BOCEPREVIR EN USO COMPASIVO EN
PACIENTES CON HEPATITIS C GENOTIPO 1
CON FIBROSIS AVANZADA: ANÁLISIS
INTERMEDIO A LAS 12 SEMANAS**

J.L. Calleja Panero¹, J.M. Pascasio², B. Ruiz Antorán³,
J.R. Larrubia⁴, F. Gea⁵, X. Forns⁶, M. Romero-Gómez⁷,
R. Bárcena⁸, J. Crespo⁹, R. Solà¹⁰, en nombre del grupo
de uso compasivo de IP en pacientes VHC con fibrosis
avanzada¹¹

Conclusiones: El tratamiento con triple terapia con boceprevir en pacientes con fibrosis avanzada es muy eficaz en la negativización de la viremia en la semana 12 (68%) aunque se asocia a acontecimientos adversos graves en más del 30% de los pacientes.

TABLA I

Pacientes, n (% pacientes con al menos un acontecimiento)	(n = 102)
Acontecimientos Adversos Graves (SAE)	33 (32,4%)
Interrupción precoz	33 (32,4%)
Debido a SAE	10 (9,8%)
Abandono paciente	3 (2,9%)
Fracaso virológico	20 (10,6%)
Muertes	
Shock séptico, fallo multiorgánico por neumonía	2 (1,96%)
Modificación dosis (peginterferón alfa)	8 (7,8%)
Infección (Grado 3/4)	5 (4,9%)
Descompensación hepática (Grado 3/4)	4 (3,9%)
Anemia	
Hg < 10,0 g/dl / < 8,0 g/dl	29 (28,4%) / 3 (2,9%)
Uso EPO / Transfusión sanguínea	26 (25,5%) / 9 (8,8%)
Descenso de dosis de ribavirina	27 (26,4%)
Neutropenia	
N < 1,000/mm ³ / < 500/mm ³	44 (43,1%) / 5 (4,9%)
Uso G-CSF	2 (2,0%)
Trombopenia	
Plaquetas < 50.000 / < 25.000	18 (17,6%) / 1 (0,98%)

- Esofagitis eosinofílica: un problema emergente
- SII: intensidad sintomática, calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento
- EDB: una técnica consolidada
- Cribado del CCR: por fin está aquí
- Disección submucosa colorrectal: una compleja alternativa
- Pancreatitis aguda: nuevas clasificaciones
- Tratamiento virus C en fibrosis avanzada
- **Hepatocarcinoma: radiofrecuencia vs. etanolización**

ETANOLIZACIÓN	RADIOFRECUENCIA
Más sencilla, pero la distribución del alcohol puede ser irregular por la presencia de septos	Eficacia superior a la etanolización, con mayor tasa de respuesta y supervivencia
Generalmente múltiples sesiones	Menos sesiones
Menor coste y menos complicaciones	Mayor coste y más complicaciones
<i>Sedding</i> 1-2%	<i>Sedding</i> 0-12%

ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Dr. Rafael Gómez Rodríguez / Marta Romero Gutiérrez
Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

Ablación percutánea guiada por ecografía del carcinoma hepatocelular: Radiofrecuencia y alcoholización. Cómo y cuándo lo hacemos

XXXIV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de
Medicina Interna (SADEMI)

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga

