

X Reunión Club Español Biliopancreático

Santander, 28-29 de septiembre de 2007

COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO DE LA EFICACIA DE LAS PRÓTESIS BILIARES EXPANDIBLES CUBIERTAS (PBEC) Y NO CUBIERTAS (PBENC) EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN BILIAR MALIGNA (OBM)

F. González-Huix Llado, M. Figa Francesc, C. Huertas Nadal, P. Igea Arisqueta, D. Juzgado Lucas, J. Espinós Pérez, C. Dolz Abadía, R. Madrigal Domínguez y M. Pérez Miranda
Hospital Doctor Josep Trueta. Girona.

Objetivo: Comparar eficacia y complicaciones de PBEnc y PBEC en la OBM por tumores bilipancreáticos.

Métodos: Inclusión aleatorizada (PBEnc v.s. PBEC) prospectiva consecutiva entre 1/03 -12/06 por OBM 2ª a t. irreseccables de páncreas/papila/vía biliar. Se excluyen otras causas de OBM y esperanza de vida < 3 meses. Complicaciones precoces: < 72 h y tardías, > 72 h incluyen: obstrucción, migración y efectos adversos relacionados.

Resultados: 114 pacientes en 5 centros. Edad: 77 (DE 12), 60 mujeres. 63 Ca páncreas/42 Ca biliares/9 Ca papilares. Complicaciones totales 14/53(26%) con PBEnc y 23/61 (38%) con PBEC (p = 0,13). Precoces 7: 2 en PBEnc (2 pancreatitis) y 5 en PBEC (1 pancreatitis, 3 colangitis y 1 perforación) (p = 0,28). Tardías 30: 12 (23%) con PBEnc y 18 (29%) con PBEC (p = 0,27). Siete migran, todas por PBEC (p = 0,011). No hubo diferencias en el nº y tiempo de aparición de las obstrucciones: 6 (11%) en PBEnc y 8 (13%) con PBEC (p = 0,5). Hubo 20 episodios de colangitis, 8 (15%) y 12 (19%) en PBEnc y PBEC respectivamente (p = 0,3). Hubo 2 colecistitis y 1 pancreatitis todas con PBEC. Sin diferencias en supervivencia actuarial entre grupos. La regresión logística no detectó variables predictivas de complicaciones o del éxito.

Conclusión: Aunque la migración es mas frecuente con las PBEC no se detectaron otras diferencias entre los dos tipos de prótesis biliares expandibles.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO ESTANDARIZADO DE LOS MÁRGENES DE RESECCIÓN EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS

R. Cánovas de Lucas, L. Sabater Orti, A. Ferrandez, J. Calvete Chornet, C. Sala Palau, L. Aparisi Pereda, L. Terrádez, B. Camps Vilata, J. Sastre Belloch y S. Lledó Matoses
Hospital Clínico Universitario Valencia. Valencia.

Introducción: La afectación de los márgenes de resección es el factor pronóstico más importante en el cáncer de páncreas; su estudio histológico no está estandarizado.

Objetivo: Analizar los resultados del estudio histopatológico de las piezas según un protocolo estándar, y compararlos con el estudio habitual, evaluando la supervivencia con ambos protocolos.

Pacientes y métodos: 52 pacientes intervenidos por adenocarcinoma de páncreas, divididos en dos grupos: Pre-2003 (n = 29): sin protocolo estándar. Post-2003 (n = 23): con protocolo estándar.

Resultados: Mientras en el grupo pre-2003, el 70,4% se consideró R0 y el 29,6% R1, en el grupo post-2003 se consideró R0 sólo un 43%, y R1, el 56,5% (p = 0,038). Las curvas de supervivencia pre-2003, en función de la afectación marginal, se muestran superpues-

tas, mientras que en los analizados post-2003, son diferentes (no significativo).

Conclusión: Un protocolo estándar identifica mejor la afectación de márgenes, lo que tiene implicaciones pronósticas.

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA VALORADA CON TEST ALIENTO CON TRIGLICÉRIDOS MARCADOS CON C13

I.M. Méndez Sánchez, A. Pérez Aisa, R. Rivera Irigoín, V.M. Aguilar Urbano, C. Albandea Moreno, F.M. Vera Rivero, N. Fernández Moreno, G. García Fernandez, J.M. Navarro Jarabo y A.M. Sánchez Cantos
Hospital Costa del Sol. Estepona. Málaga.

Introducción: El test de aliento con triglicéridos marcados con C13 (TG-C13) para diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una buena alternativa al gold standard de cuantificación de grasa fecal.

Objetivos: Analizar la casuística de test aliento con TG-C13 en nuestro centro.

Material y método: Estudio descriptivo incluyendo pacientes a los que se ha realizado test con TG-C13 en el periodo entre marzo 2006/mayo 2007 en el Hospital Costa del Sol. Se analizó aspectos epidemiológicos y resultados del mismo.

Resultados: Se realizaron 29 test con TG-C13; edad media 52,7 años, 75,9% varones. Motivo de realización: 55,2% pancreatitis crónica (PC), 20,7% otros (DPC 7%, dispepsia 3,4%, hiperamilasemia 6,9%, gastrectomía 3,4%), 13,8% diarrea crónica y 10,3% pancreatitis aguda de repetición. El 55,2% del total presentaban IPE. Se objetivó IPE en el 56,2% de PC, 100% de DPC, 75% de diarreas crónicas, 33,3% de pancreatitis aguda de repetición y en 100% de gastrectomías. De forma empírica la dosis de enzimas pancreáticas (EP) media en los que se evidenció IPE fue 44.375 U/24 acompañándose de toma de IBP el 75%, con dosis media de 21,6 mg/ 24 h. Del grupo de las PC (N = 16) con IPE (N = 9) tomaban EP de forma empírica el 88,8% (N = 8), pero, también se observó que 57,1% (N = 4) de los casos sin IPE (N = 7) estaban administrándose de forma empírica EP.

Conclusiones: 1) El principal motivo de realización de test de aliento con TG-C13 en nuestro medio es la pancreatitis crónica. 2) Creemos que previo al uso de EP en PC se debería de objetivar IPE, siendo el test de aliento con TG-C13 un método fácil.

LA ACTIVACIÓN DE LAS CÉLULAS ESTRELLADAS DEL PÁNCREAS (CEP) CONFIERE VULNERABILIDAD MITOCONDRIAL FRENTE AL EFECTO CITOTÓXICO DE TOCOTRIENOL

M. Rickmann Ashwell, A. González Castro, X. Molero Richard y E. Vaquero Raya
Hospital Clinic de Barcelona. Barcelona.

La eliminación selectiva de CEP activadas puede reducir la fibrosis pancreática. Los tocotrienoles (isómeros de la vitamina E) inducen apoptosis y autofagia en CEP activadas, y no en quiescentes. Dicha selectividad podría derivar de una situación de inestabilidad mitocondrial asociada a la activación celular.

Objetivos: Analizar diferencias mitocondriales entre CEP activadas y quiescentes y los cambios inducidos por tocotrienoles.

Métodos: CEP de rata cultivadas en plástico (activadas) y en Matrigel (quiescentes) fueron tratadas con tocotrienoles (TCT). El potencial mitocondrial transmembrana (DeltaPsim), especies reactivas de oxígeno intracelulares (iROS) y mitocondriales (mROS) y viabilidad celular se analizaron por citometría de flujo; la apoptosis mediante fragmentación de DNA.

Resultados: Las CEP activadas mostraron mayor DeltaPsim y mayor nivel de iROS y mROS que las quiescentes. TCT causó intensa despolarización mitocondrial, aumento de iROS y mROS y muerte celular. En CEP quiescentes TCT no afectó DeltaPsim, actuó como antioxidante y no redujo la viabilidad celular. El bloqueo del poro de transición mitocondrial o del canal mitocondrial Bax inhibieron la citotoxicidad de TCT. Ello sugiere que la mitocondria de CEP activadas posee mecanismos sensibles al potencial citotóxico de TCT no operativos en CEP quiescentes.

Conclusión: Los tocotrienoles ocasionan un efecto pro-oxidante y citotóxico selectivo mediado por mecanismos mitocondriales inherentes en CEP activadas.

PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA. CORRELACIÓN GENOTIPOFENOTIPO

H. Córdova*, I. Guarnier*, A. Álvarez**, J. De Gracia** y J.R. Malagelada*

*Servicio de Aparato Digestivo. **Servicio de Neumología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

La Fibrosis Quística (FQ) está causada por defectos en el gen CFTR. La pancreatitis aguda (PA) es una complicación infrecuente y se ha descrito principalmente en pacientes con suficiencia pancreática (SP).

Objetivos: Evaluar la prevalencia de PA en un grupo de pacientes adultos con FQ, determinar su relación con la función pancreática, pulmonar y valorar si existe asociación con mutaciones específicas del CFTR.

Métodos: Los datos clínicos obtenidos de pacientes adultos con FQ desde 1992-2005 incluyen: edad del diagnóstico de FQ y de la PA, mutaciones genéticas, función pancreática y pulmonar, número de episodios de pancreatitis y otras etiologías.

Resultados: Entre los 135 pacientes adultos con FQ, 9 (6.6%) presentaron PA. La edad del diagnóstico de FQ osciló entre 10 y 28 años (mediana 20). La edad del primer episodio de PA osciló entre los 19 y 33 años (mediana 27). La mutación más frecuente fue $\Delta F508$ en 4 (44.4%) pacientes, seguida de R334W en 3 (33.3%) pacientes. Seis pacientes tenían SP, 2 pacientes insuficiencia pancreática (IP) y 1 paciente presentó SP que posteriormente evolucionó a IP. Seis pacientes tenían insuficiencia respiratoria grave. La PA fue grave en 3 pacientes. La PA precedió al diagnóstico de FQ en 3 (33%) pacientes. Tres pacientes presentaron litiasis biliar.

Conclusiones: 1) La PA es una complicación que tiene una prevalencia no despreciable (6,6%) entre nuestros pacientes. 2) La PA puede ser la primera manifestación de la FQ. 3) Los portadores de la mutación R334W podrían tener un riesgo aumentado de presentar PA.

PAPEL DE LA RIBONUCLEASA PANCREÁTICA EN LA DEPLECIÓN DE GLUTATIÓN EN LA PANCREATITIS AGUDA NECRÓTICA

J. Escobar Cubiella, J. Pereda Cervera, J. Sandoval del Amor, J.L. Rodríguez García, L. Sabater Ortiz, L. Aparisi Quereda, G. López Rodas, J. Viña Ribes y J. Sastre Belloch
Fisiología. Facultad de Medicina de Valencia. Valencia.

Durante la pancreatitis aguda se produce depleción de glutatión en páncreas. La reposición de los niveles de glutatión y la inducción de la expresión de la glutamato cisteína ligasa (GCL), enzima limitante en su síntesis, pueden ser críticas en el desarrollo de una forma más o menos severa de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la implicación de la ribonucleasa pancreática en la depleción de GSH y en la expresión de la glutamato cisteína ligasa en la pancreatitis aguda necrótica.

Material y métodos: Pancreatitis necrótica inducida por taurocolato y pancreatitis edematosa inducida por ceruleína en ratas. Técnicas: espectrofotometría, western blotting, RT-PCR, inmunoprecipitación de la cromatina, y microscopía confocal.

Resultados: En la pancreatitis aguda edematosa, hay una inducción de la expresión de la GCL mediada por activación de c-myc y Erk. Sin embargo, en la pancreatitis necrótica no aumenta el mRNA ni la proteína de la GCL a pesar de la activación de la vía ERK y c-myc y de la unión de la RNA polimerasa II a la región codificante. Esta ausencia de inducción en la expresión de la GCL parece debida al aumento de actividad ribonucleasa citosólica.

Conclusión: La inducción ineficaz de la GCL debida al aumento de ribonucleasa citosólica contribuye a la depleción mantenida de GSH en la pancreatitis necrótica. En la pancreatitis edematosa aumenta la expresión de GCL favoreciendo la rápida recuperación del glutatión.

PAPEL DE LA PROTEÍNA CINASA A EN LA REGULACIÓN DE LA SECRECIÓN EN CONDUCTOS PANCREÁTICOS DEL RATÓN

M.P. Hernández Lorenzo, B. Rivera Polo, J.I. San Román García, M. García Benito y J.J. Calvo Andrés

Dpto. Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Objetivos: Los conductos pancreáticos de ratones con fibrosis quística secretan fluido, mediado por el transporte de bicarbonato y cloruro, en respuesta a forskolina. Para identificar el mecanismo responsable, estudiamos el efecto del bloqueo de la actividad de la proteína cinasa A (PKA) sobre la secreción de fluido en conductos pancreáticos aislados estimulados con forskolina.

Material y métodos: Se determinó la secreción de fluido por videomicroscopía digital.

Resultados: La secreción de fluido en conductos pancreáticos, tras la estimulación con forskolina, disminuyó de forma significativa en presencia del bloqueante de PKA, H-89 10 μM (desde 150 hasta 60 $\text{pl}/\text{min}/\text{mm}^2$), pero no se anuló. Cuando el medio de perfusión no contenía bicarbonato, también encontramos que la secreción de cloruro estimulada por forskolina, en presencia de H-89, era, al menos parcialmente, independiente de la activación de la PKA. Por otra parte, el bloqueo de la secreción de cloruro con bumetanida y la simultánea inhibición de la PKA, tampoco inhibió por completo la secreción de bicarbonato.

Conclusiones: La actividad de la PKA no es esencial para la estimulación de la secreción de fluido con forskolina en conductos pancreáticos aislados del ratón. Esta secreción está mediada tanto por el transporte de bicarbonato como de cloruro.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE ECOENDOSCOPIA Y COLANGIO-RMN

G. de Las Heras Castaño, M. González Noriega, F. González Sánchez, B. Castro Senosiain, J.C. Rodríguez Sanjuán, C. Juanco Pedregal, J. de La Peña García, J. Almansa Blanco, L. Herrera Noreña, E. García Domacarrera, Y. San José Villa, M.I. Blanco Antolín, M. Silvan Delgado y M. Gomez Fleitas
Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Analizar sensibilidad y especificidad de ecoendoscopia (EE) y colangio-RMN (CRMN) en la detección de coledocolitiasis (CLT).

Material y métodos: Estudio prospectivo controlado de 18 pacientes consecutivos con sospecha de CLT con pancreatitis aguda de origen biliar, score clínico-analítico-ecográfico de predicción de CLT con puntuación > 5 , ictericia o colangitis. Edad: 17-90 años (mediana: 67). En todos se realizó EE y CRMN separadas por no más de 3 días. Si en alguna de ellas se detectaba CLT, se realizaba CPRE y posterior colecistectomía. En caso contrario, se realizaba

colecistectomía con colangiografía intraoperatoria. Todo ello en un plazo máximo de 7 días desde la primera prueba. El gold standard con el que se compararon las pruebas fue la colangiografía, bien retrógrada endoscópica o intraoperatoria.

Resultados: No hubo complicaciones derivadas de la realización de los procedimientos. Mediante EE se apreció CLT en 8 pacientes, pero sólo 4 la presentaban. Por el contrario se consideró que no la había en 10 aunque sí la había en 4. Por tanto su sensibilidad fue de 50% y su especificidad de 50%. Mediante CRMN se apreció CLT en 10 pacientes, aunque sólo 8 la presentaban. Por el contrario se estimó que no la había en 8 y la había en 2. Por tanto su sensibilidad fue de 80% y su especificidad de 75%.

Conclusiones: La EE presenta una baja especificidad y sensibilidad en la detección de CLT. La CRMN presenta mayor sensibilidad y especificidad, aunque presenta falsos positivos y negativos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA ENDOSCÓPICA: ¿BIOPSIA VIRTUAL?

J. Iglesias García, J. Lariño Noia y J.E. Domínguez Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

Introducción: El desarrollo y aplicación de la EE permite analizar el grado de elasticidad tisular y podría aportar información adicional sobre la naturaleza de las lesiones pancreáticas sólidas.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la EE en el diagnóstico diferencial de lesiones pancreáticas.

Métodos: Se incluyeron 36 pacientes (24 varones, edad media 61 años (33-84) diagnosticados de lesiones sólidas pancreáticas (30,4 ± 13,6 mm). La EE fue realizada mediante ecoendoscopia Pentax, con ecógrafo HITACHI 8500. Se evaluaron y clasificaron los hallazgos de elastografía en 5 patrones (Giovannini y cols. Endoscopy 2006). Se realizó PAAF para establecer diagnóstico definitivo.

Resultados: El tumor estaba en cabeza en 29 pacientes, en cuerpo en 5 y en cola en 2. El diagnóstico final fue masa inflamatoria (MI) en 16 pacientes, adenocarcinoma (ADC) en 16 y tumor endocrino (TE) en 4. Todos con patrón 2 (36,1%) presentaban una MI, todos con patrón 4 (11,2%) presentaban un TE, y todos con patrón 5 (38,9%) presentaban un ADC. 5 pacientes (13,9%) presentaban masas con patrón 3, 2 con ADC y 3 con MI.

Conclusión: Los patrones elastográficos 2, 4 y 5 podrían permitir establecer el diagnóstico definitivo sin necesidad de punción. Un patrón 3 requiere confirmación. La EE es una herramienta eficaz en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas pancreáticas, pudiendo considerarse como biopsia virtual.

ESTUDIO PROSPECTIVO, INTERVENCIONISTA, DE DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA ALCOHÓLICA PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y TABACO SOBRE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

J. Iglesias García, J. Lariño Noia y J.E. Domínguez Muñoz
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela

Introducción: Tabaco y alcohol son factores de riesgo para la PC, pero se desconoce el impacto que sobre la progresión de la enfermedad tiene la abstinencia de alcohol y tabaco.

Objetivos: Investigar el efecto de la abstinencia de tabaco y alcohol en la progresión de la PC.

Métodos: Se incluyeron 18 pacientes (16 varones, edad media 47 años (38-61), con PC alcohólica. Se recomendó abstinencia a alcohol y tabaco. Una 2ª USE fue realizada, al menos 2 años tras la inicial. Se evaluaron criterios USE de PC (parenquimatosos y ductales) y consumo de tabaco y alcohol al inicio y al final del seguimiento. Se muestra mediana, OR, y 95% IC. Análisis con test de Wilcoxon y/o test de Fisher.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue 27 meses (24-41). Progresaron 10 pacientes (56%), criterios totales USE aumentaron de 6.5 (5-8) a 8 (6-9) ($p < 0,005$); 6 (60%) desarrollaron calcificaciones. La PC progresó en 1 de los 6 pacientes que dejaron de fumar (17%) vs en 9 de 12 que siguieron fumando (75%). Hubo progresión en 8 de 13 que dejaron de beber (61,5%) vs en 2 de 5 que continuaron bebiendo (40%). El tabaco (OR 15,0, 1,2-185,2; $p < 0,05$) pero no el alcohol (OR 0,4, 0,05-3,43; ns) se asoció con progresión de la PC.

Conclusión: El consumo de tabaco y no el de alcohol predice la progresión a corto plazo de la PC. Se debe considerar el cesar el consumo de tabaco como objetivo prioritario en este grupo de pacientes.

PANCREATITIS AUTOINMUNE, UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

H. Córdova Guevara*, X. Molero Richard*, L. Guarner Aguilar*, J. Olsina Kissler**, M.T. Salcedo Allende***, E. Allende Monclus** y J.R. Malagelada Benaprés*

*Servicio de Aparato Digestivo, **Servicio de Cirugía, ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

La pancreatitis autoinmune se caracteriza por hallazgos morfológicos, autoanticuerpos, fibrosis con infiltración linfoplasmocitaria y mejoría clínica con esteroides. Asimismo constituye 1/4 de las reseciones tipo Whipple realizadas por condiciones benignas en Estados Unidos.

Objetivo: Valorar incidencia de pancreatitis autoinmune en pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica y masa pancreática.

Métodos: Hemos revisado los pacientes que ingresaron entre 1998-2006 por pancreatitis crónica no filiada con masa en cabeza pancreática, estudiando datos clínicos, radiológicos, bioquímicos y anatomopatológicos.

Resultados: 12 pacientes, todos hombres cumplieron los criterios de inclusión. Diez cumplían los criterios de pancreatitis autoinmune según la Clínica Mayo y 5 de ellos los de la Sociedad Japonesa. Los diez pacientes presentaron infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y fibrosis, 3 fueron positivos para inmunohistoquímica IgG4, 5 presentaron imagen radiológica característica (páncreas aumentado de tamaño con conducto filiforme) y 3 respondieron a corticoides. En 9 pacientes se realizó una duodenopancreatectomía céfálica.

Conclusiones: 1) Los criterios de la Clínica Mayo son mas amplios y permiten diagnosticar mas pacientes. 2) En pacientes con pancreatitis crónica y masa pancreática se debe pensar como posibilidad diagnóstica pancreatitis autoinmune. 3) Se puede evitar cirugía si se realiza una correcta valoración de todos los criterios de pancreatitis autoinmune.

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA: UNA TÉCNICA ALTAMENTE EFICAZ PARA EL ESTUDIO DE LESIONES QUÍSTICAS DE PÁNCREAS

J. Lariño Noia, S. Seijo Ríos, J. Iglesias García y J.E. Domínguez Muñoz

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.

Introducción: La USE es esencial en lesiones pancreáticas, entre ellas los tumores quísticos de páncreas. La asociación de la PAAF permite optimizar diagnóstico.

Objetivo: Evaluar la USE-PAAF en el estudio de lesiones quísticas pancreáticas.

Material y métodos: Se incluyeron 33 pacientes (edad media 57 años (36-83), 14 hombres) con USEPAAF de lesiones quísticas pancreáticas. Se evaluaron los hallazgos morfológicos y los resultados de citología y análisis del líquido (CEA, amilasa y Ca 72.4).

Resultados: 9 pseudoquistes, 11 C. mucinoso, 10 C. seroso y 3 Cis-

toadenoca. mucinoso. El estudio morfológico diagnosticó 30 pacientes (90,1%). Se obtuvo material para estudio citológico en todos los casos, pero solo en 23 (69,7%) se obtuvo líquido para estudio de marcadores. La evaluación citológica diagnosticó correctamente a 24 pacientes (72,7%).

	Amilasa U/l	CEA ng/ml	72,4 U/ml
T. mucinoso	302,25	863,7	24,71
C. seroso	1297,5	7,93	1,5
Pseudoquistes	66738,19	83,78	117,20

Los valores de CEA en tumores mucinosos fue mayor ($p < 0,05$). Los niveles de amilasa fueron mayores en pseudoquistes ($p < 0,05$). La asociación de la imagen USE con la PAAF permitió llegar al diagnóstico en 32 de los 33 pacientes (96,9%).

Conclusiones: La USE, citología y los niveles de amilasa y CEA son útiles y seguros en la evaluación de lesiones quísticas pancreáticas, consiguiendo diagnosticar la mayoría de los pacientes.

ECOENDOSCOPIA PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA

G.S.S. Soler Sala, E.M.P. de Madaria Pascual, J.A.T. Aparicio Tormo, I.H.R. Herraiz Romero, J.M.S. Martínez Sempere, M.P.S. Picó Sala, L.S.R. Sempere Robles, F.J.B. de Juan Bargueño y M.P.R. Pérez-Mateo Regadera

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Introducción: Es controvertido el papel de CPRE precoz en la pancreatitis aguda (PA) biliar grave. Muchos cuadros de PA alcohólica son reagudizaciones de pancreatitis crónica.

Objetivos: Comprobar si la coledocolitiasis influye en gravedad de PA. Valorar signos de pancreatitis crónica en alcohólicos.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con PA. Se realizó USE y ecografía abdominal en las primeras 24 horas de ingreso. Se determinó APACHE II a las 24 horas y PCR a las 48 horas. La gravedad según la clasificación de Atlanta.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, 4 con PA grave. Se detectó colelitiasis en 13 pacientes con USE y 11 con ecografía, y coledocolitiasis en 7 pacientes (50%) con USE y ninguno con ecografía. En PA biliar el grupo con coledocolitiasis mostró una tendencia a mayor PCR a las 48 h ($p = 0,08$), a menor APACHE II a las 24 h ($p < 0,05$) sin diferencias en cuanto a gravedad por Atlanta. La presencia de coledocolitiasis se asoció a menor edad ($p < 0,05$). Uno de 2 pacientes alcohólicos mostró signos de pancreatitis crónica en USE.

Conclusiones: La coledocolitiasis no influye en gravedad de PA. La coledocolitiasis se asoció a menor edad, y por ello a menor APACHE II.

MORBIMORTALIDAD DE LA RESECCIÓN PANCREÁTICA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE CIRUGÍA

J.C. Rodríguez Sanjuán, E. García Somacarrera, M. Pérez Cerdeira, M. Sánchez Carrasco, M. González Noriega, L. Herrera Noreña, F. Castillo Suescun, J. Almansa Blanco, G. de Las Heras Castaño y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Análisis de morbilidad (fístula pancreática, biliar o intestinal, sangrado, absceso o insuficiencia renal aguda) y mortalidad tras resección pancreática. Estudio de la influencia de edad y riesgo quirúrgico.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 65 pacientes tratados mediante resección pancreática (8 resecciones distales y 57 duodeno-pancreatotomías cefálicas, 50 con preservación pilórica) con tumores de páncreas, colédoco distal o ampulares. Edad media: 61,9 años (12-77). El riesgo quirúrgico se estimó mediante la clasificación ASA I: 40 (61,5%); II: 25 (38,5%).

Resultados: La morbilidad consistió en: fístula biliar: 12 (18,5%);

fístula pancreática: 18 (27,7%), fístula intestinal: 3 (4,6%); sangrado abdominal: 14 (21,5%); absceso abdominal 18 (27,7%); insuficiencia renal aguda: 7 (10,8%). La mortalidad intrahospitalaria fue de 7,7% (5 casos). Ninguna de las complicaciones ni la mortalidad mostraron asociación con la edad ni con el grupo de la clasificación ASA.

Conclusiones: En un grupo de bajo riesgo quirúrgico se aprecia una baja mortalidad aunque con una morbilidad considerable, fundamentalmente a expensas de fístula pancreática.

PANCREATITIS AGUDA RECIDIVANTE DE ORIGEN CELÍACO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN TREINTA Y CUATRO PACIENTES

L. Rodrigo, N. Álvarez, S. Riestra, R. de Francisco, O. González-Huergo, L. García-Isidro, A. López-Vázquez y C. López Larrea

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Presentar los casos de PA idiopática y enfermedad celíaca (EC) asociada.

Material y métodos: Estudiamos de forma prospectiva los casos de PA ingresados en nuestro Servicio durante el 2006. Registramos un total de 242 pacientes. A los "idiopáticos" les aplicamos un protocolo clínicoanalítico, con marcadores genéticos (DQ2 y DQ8), serológicos (antic. anti-transglutaminasa) (tTG) y endoscopia con biopsias duodenales para descartar una EC asociada.

Resultados: Un total de 34 pacientes (14%) cumplían criterios de EC. La edad media fue de 54 ± 25 años (24-82), siendo el 50% mujeres. Un 44% estaban en la 6ª década de la vida. Siete pacientes (20%) presentaban PA grave y 4 tenían pseudoquistes (12%). Seis pacientes fueron colecistectomizados (17%) y se realizó CPRE con EST en 4 casos (12%). Una paciente de 44 años fue intervenida tipo Whipple. Nueve pacientes (34%) fueron DQ2 (+) y 4 (12%) DQ8 (+). La tTG fue normal en 31 casos (91%). Existía duodenitis endoscópica difusa en 32 pacientes (95%) y la biopsia mostró atrofia vellositaria en 2 casos (6%), infiltrado inflamatorio en 10, aumento de LIEs en 8 y cambios mínimos en 14. En el seguimiento a los 6 meses de dieta sin gluten (DSG), 88% de pacientes mostraron una clara mejoría.

Conclusiones: 1) La PA de origen celíaco no es infrecuente y en un 20% se asocia con formas graves. 2) Sería conveniente hacer un despistaje dirigido para su diagnóstico. 3) La respuesta a la DSG es muy eficaz.

TOLERANCIA DE LOS PACIENTES A LA ULTRASONOGRAFÍA ECOENDOSCÓPICA (USE) Y COLANGIORESONANCIA-MAGNÉTICA (CRNM)

J. Almansa Blanco*, M. González Noriega**, J. C. Rodríguez Sanjuán**, B. Castro Senosiain*, S. Menéndez Secades*, C. Juanco Pedregal***, F. González Sánchez***, L. Herrera Noreña**, M. Gómez Fleitas**, E. García Somacarrera**, I. Lamadrid Armas*, R. Duque Núñez*, T. Mata Peña*, T. Gayo Guerra*, G. de Las Heras Castaño*

*Servicio de Aparato Digestivo, **Servicio de Cirugía General, ***Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

Objetivos: Comparar la aceptación de la USE y CRNM en los pacientes investigados por patología biliopancreática y sometidos a ambas exploraciones.

Material y métodos: Ambas exploraciones se realizaron en 28 pacientes (8 hombres y 20 mujeres) con una edad media de 63,75 años (rango 17-84). Se preguntó si habían sentido y con que intensidad miedo, dolor, ansiedad, claustrofobia, sensación de mareo, y la aceptación global de cada una de las pruebas. Las variables se cuantificaron mediante escala analógica visual. La USE se realizó con sedación consciente administrando midazolam solo o asociado a meperidina según necesidades. Para la CRNM no se utilizó sedación. El tiempo transcurrido entre la realización de la USE y la en-

cuesta osciló entre 1 día y 3 años (media 18 meses y mediana 21 meses), y entre la realización de la CRNM, 1 día -3 años y medio (media 18 meses y mediana 22 meses), $p = NS$.

Resultados: Los resultados obtenidos se exponen en la siguiente tabla:

	USE	CRNM	p-valor
	Media	Media	
	Mediana	Mediana	
	DS	DS	
	Rango	Rango	
Miedo	3,35 2 3,52 (0-3,5)	0,74 0 1,68 (0-10)	0,02
Dolor	1,27 0 2,12 (0-0,5)	0,02 0 0,09 (0-6,8)	0,0009
Ansiedad	1,88 0 2,95 (0-8,5)	2,06 0,25 2,94 (0-9)	NS
Claustrofobia	0,49 0 1,34 (0-8)	1,85 0 2,93 (0-5)	0,048
Mareo	0,5 0 0 1,31 (0-3)	0,34 0 0,94 (0-4)	NS
Aceptación global	1,5 0,76 1,6 (0-4,8)	1 0,48 1,28 (0-2,8)	NS

La del miedo y del dolor fueron significativamente mayores durante la realización de USE. La claustrofobia fue significativamente mayor durante CRNM.

Conclusiones: Aunque el miedo y dolor es más frecuente en la USE con respecto a la RNM, la aceptación global de ambas pruebas es similar.

TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO NO FUNCIONANTE (TNEPNF)

V. Artigas Raventós, M. Rodríguez Blanco, J.A. González López, R. Medrano Caviedes, A. Farré Viladrich, J. Sancho Poch y M. Trias Folch

Hospital Sant Pau Barcelona. Barcelona.

Objetivos: Valorar las características específicas del TNEPNF y nuestra experiencia con este infrecuente tumor en función del índice de proliferación celular (IP) kit 67, del tamaño y de su diseminación.

Material y métodos: Un grupo de 11 TNEPNF, 8 mujeres y 3 varones entre 48 y 77 años ($x = 51$ años) fueron intervenidos entre 2000 y 2006. Valoramos los síntomas, el tipo según clasificación OMS 2000, el IP, el tratamiento según su localización y los resultados obtenidos.

Resultados: La presentación fue dolor abdominal en 4 casos y sd. tóxico en otros 3. Clasificación OMS 2000: 2 caso pertenecía al grupo I, 7 al grupo II y 2 casos al grupo III. Localización: 4 casos en cola y 7 en cabeza pancreática, con tamaño entre 15 y 100 mm.

Se practicó resección en 9 casos: 1 enucleación, 4 pancreatectomias distales, y 4 duodenopancreatectomias cefálicas. Postoperatorio sin complicaciones mayores, 100% de supervivencia postoperatoria y libres de enfermedad (seguimiento TAC/Octeoscan). Los 2 pacientes no intervenidos (grupo III), 1 falleció por progresión y otro sigue en tratamiento paliativo con análogos de somatostatina. El IP fue $< 2\%$ en 2 casos, entre 215% en 7 casos y $> 15\%$ en 2 casos.

Conclusión: Los TNEPNF, generalmente de baja actividad proliferativa, se diagnostican tardíamente por su inexpresividad, por lo que son de alto riesgo de diseminación. El tratamiento ideal es su exéresis radical. Frente a su diseminación debe valorarse la adjuvancia con análogos de la somatostatina \pm interferón.

FACTORES PREDICTORES DE RECIDIVA DE PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR. CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

I.M. Méndez Sánchez, G. García Fernández, A. Pérez Aisa, F.M. Vera Rivero, C. Albandea Moreno, V.M. Aguilar Urbano, R. Rivera Irigoín, N. Fernández Moreno, F. Fernández Pérez y A. Sánchez Cantos

Hospital Costa del Sol. Estepona. Málaga.

Objetivo: Evaluar aspectos epidemiológicos, hallazgos analíticos, estudios complementarios realizados, recidiva por lista de espera quirúrgica y si existen factores predictores de recidiva clínica en pacientes con Pancreatitis aguda biliar (PAB).

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Digestivo del Hospital Costa del Sol por PAB entre enero 2003/diciembre 2005.

Resultados: Ingresaron 202 pacientes, edad media 62,73 años, 57,4% mujeres. Antecedentes personales: 55,4% no se asoció a etilismo y 72,3% no presentaba comorbilidad. Presentación clínica fue en la gran mayoría leve (81,7%). Hallazgos analíticos: 83,7% citolisis, 25,7% colestasis disociada y 51% colestasis completa. Se sometió a CPRE el 38,6% (66,6% terapéutica). El 63,4% se derivó a colecistectomía programada, siendo el tiempo medio de lista de espera de 120,28 días, recidivando el 20,3%, con una media de 52,04 días. Ninguno de los pacientes sometidos a CPRE terapéutica recidivó durante la lista de espera. La ausencia de colestasis disociada, edad mayor de 60 años y realización de CPRE se asociaron a no recidiva clínica ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1) En nuestro medio la PAB se presenta con mayor frecuencia en mujeres y de forma leve. 2) Se derivan a cirugía programada la mayoría de los pacientes, estando en lista de espera una media de 120,28 días, recidivando el 20,3%. 3) La ausencia de colestasis disociada, edad mayor de 60 años y la realización de CPRE se asociaron a no recidiva, factores a tener en cuenta a la hora de acelerar la colecistectomía.

TUMORES QUÍSTICOS DEL PÁNCREAS. EXPERIENCIA INICIAL EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA. SALAMANCA 2003-2007

J.I. González Muñoz, L. Muñoz Bellvis, C. Esteban Velasco, M. Angoso Clavijo, A. Blanco Álvarez, R. Sánchez Fernández y A. Gómez Alonso

Unidad de cirugía hepática, biliar y pancreática. Departamento de cirugía. Hospital Universitario de Salamanca. Santa Marta de Tormes. Salamanca.

Introducción: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de tumoraciones durante los últimos cuatro años.

Material y métodos: Se realiza análisis descriptivo – retrospectivo.

Resultados: Seis pacientes, tres con diagnóstico de cistoadenoma seroso, de 2,8 a 5 cm, mujeres, de 50, 69 y 71 años de edad en quienes se descubrió de forma incidental al realizar un TAC abdominal. En dos casos se trataba de cistoadenoma mucinoso de 3 y 5 cm, mujeres, de 33 y 47 años, una asintomática y otra con dolor abdominal leve. Un varón de 56 años con un tumor mucinoso papilar intraductal de 1,5 cm que presentó dos cuadros de pancreatitis aguda. Reali-

zamos cuatro pancreatectomías córpore-caudal, tres de ellas con preservación esplénica, y dos DPC. Estancia media 9 días, no mortalidad perioperatoria.

Discusión: Si no conseguimos un diagnóstico preoperatorio certero de tumor quístico seroso, consideramos adecuada la resección con biopsia intraoperatoria de la pieza en fresco. Si no existen signos de malignidad, no es necesario completar la resección córpore-caudal con la del bazo ni la práctica de linfadenectomía. No somos partidarios de la enucleación, dado el riesgo de fístula y/o resección no oncológica. Si la localización es cefálica creemos que la DPC es la técnica de elección.

Conclusión: La ecoendoscopia es el "Gold Estándar" en esta patología. La realización de estos procedimientos en unidades especializadas disminuye la morbi-mortalidad y puede condicionar la táctica quirúrgica.

ACTUACIÓN EN LA PANCREATITIS AGUDA MODERADA

F.J. Morera Ocón, F. Ripoll Orts, F. Landete Molina, M. García-Granero Ximénez, J. Millán Tarín y J.C. Bernal Sprekelsen

Hospital de Requena. Paterna

Introducción: Las recomendaciones de las guías sobre pancreatitis aguda (PA) hacen referencia a PA grave dejando algo al margen las moderadas, pero existe falta de concordancia en el manejo de estas últimas.

Objetivo: Analizar los resultados de una serie de pancreatitis biliar y sintetizar puntos de actuación.

Material y método: 105 pacientes con PA biliar vesícula in situ y análisis de APACHE-II, proteína C reactiva, tratamiento, sonda nasogástrica (SNG), CPRE, intervalo episodio-colecistectomía, recurrencia. Resultados: 85,8% PA moderadas. Mediana de puntuación APACHE-II en moderadas fue 9 [4-14], y de 12 [6-21] en graves ($P = 0,001$). Tres pacientes necesitaron SNG. No se pautó antibiótico profiláctico a ninguno. No se realizó CPRE en el episodio PA. Se realizó CPRE con esfinterotomía preoperatoria en 6,5% por litiasis de vía. Se practicó colecistectomía en 65,7%. El 17,8% de colecistectomizados sufrieron recurrencia en el intervalo de espera para cirugía. La recidiva en los no operados fue 26,% ($P = 0,538$) con seguimiento medio de $35,51 \pm 12,94$ meses.

Comentarios: Las escalas pronósticas son útiles en series de pacientes pero no en el paciente individual. La SNG no es necesaria en PA moderadas. Los antibióticos carecen de sentido en estos enfermos. La CPRE precoz no es necesaria para el tratamiento de esta enfermedad. Si el tratamiento ideal para la PA biliar es la colecistectomía en el mismo ingreso del ataque, su retraso no influye el pronóstico vital.

AMPULECTOMÍA TRANSDUODENAL. CASO CLÍNICO, INDICACIONES Y TÉCNICA QUIRÚRGICA DE UNA CIRUGÍA INFRECUENTE

R. Mato Ruiz, LL.M. Oms Bernad, J. Sala Pedrós, D. Güell Puigercós, C. Rovira Zurriaga, L. Esteba I Bech de Careda y F. Campillo Alonso

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Objetivos: Evaluar las indicaciones y describir la técnica quirúrgica de la ampulectomía transduodenal.

Material y métodos: Caso clínico de un paciente de 57 años que ingresó por ictericia obstructiva por lesión en papila de Vater. Se valoraron las indicaciones de la exéresis de estas lesiones y los posibles tratamientos a aplicar.

Resultados: Tras realizar el diagnóstico de presunción de benignidad, se consideró al paciente tributario de su exéresis mediante ampulectomía transduodenal. Se describe la técnica quirúrgica realizada y se analiza el resultado anatomopatológico obtenido.

Conclusiones: Las lesiones benignas de papila de Vater son muy raras y su diagnóstico preoperatorio es poco fiable. Su manejo óptimo todavía es motivo de controversia y el tratamiento puede ser quirúrgico o endoscópico, dependiendo la aplicación de uno u otro del estado general del paciente y sobre todo de las características de la lesión en cuanto a histología, tamaño y profundidad.

NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA DE PÁNCREAS. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

R. Mato Ruiz, LL.M. Oms Bernad, J. Sala Pedrós, D. Güell Puigercós, I. Jurado Troyano, L. Esteba I Bech De Careda y F. Campillo Alonso

Hospital de Terrassa. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el proceso diagnóstico y terapéutico de la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) de páncreas.

Material y métodos: Caso clínico de una paciente ingresada por pancreatitis aguda. Los estudios de imagen sugerían la presencia de cambios de pancreatitis crónica a nivel de la cabeza pancreática, se hizo USE con PAAF que sugirió el diagnóstico de NIPM.

Resultados: A la paciente se le practicó una duodenopancreatectomía cefálica. El estudio anatomopatológico confirmó una NIPM variante ductoectásica de rama pequeña.

Conclusiones: El diagnóstico de NIPM se basa en la sospecha clínica y en las técnicas de imagen, teniendo un papel destacado la USE. Dado que un 30-60% presentan algún grado de malignidad en el diagnóstico es necesaria la cirugía. En el examen anatomopatológico es importante caracterizar el grado de malignidad de cara a establecer un pronóstico.

X Reunión Club Español Biliopancreático

Santander, 28-29 de septiembre de 2007

PÓSTERS

EXPRESIÓN DE SH-PTP1 EN LA PANCREATITIS AGUDA EXPERIMENTAL. EFECTO DE LA INHIBICIÓN DE JNK Y ERK1/2, O DE LA FOSFODIESTERASA TIPO IV

N. Sarmiento Sandoval, M.C. Sánchez Bernal, M. Ayra Rivas, N. Pérez González, J.J. Calvo Andrés, A. Hernández Hernández y J. Sánchez Yagüe

Universidad de Salamanca. Salamanca.

Las proteínas tirosina fosfatasa son enzimas poco estudiadas en la pancreatitis aguda (PA).

Objetivos: Estudiar la expresión de SH-PTP1 en el páncreas de ratas con PA, su modulación por la infiltración o la inhibición de JNK y ERK1/2, o de la fosfodiesterasa tipo IV.

Material y métodos: La PA se indujo en ratas Wistar macho con inyecciones subcutáneas de 20 mg de ceruleína /Kg a intervalos de una hora. Los páncreas se extrajeron 2, 5 ó 9 h después de la primera inyección. La expresión de SH-PTP1 (Western blots) se valoró en el homogenado postnuclear. El ARNm se analizó mediante RT-PCR. La neutropenia se indujo con sulfato de vinblastina. JNK y ERK1/2 se inhibieron con SP600125, y la fosfodiesterasa tipo IV con rolipram. Los resultados se refirieron al páncreas total.

Resultados: La expresión de SH-PTP1 aumentó en la fase temprana de la PA (2h) tanto a nivel proteico ($6,1 \pm 2,4$ veces) como de su ARNm. El aumento proteico se mantuvo a las 5 y 9 h de tratamiento ($5,7 \pm 1,8$ y $3,0 \pm 0,8$ veces). La inducción de neutropenia no evitó el aumento de la expresión de SH-PTP1 a las 5 h de tratamiento. En la fase temprana de la PA, el SP600125, pero no el rolipram, incrementó casi 2 veces el aumento de expresión de SH-PTP1 observado con ceruleína.

Conclusiones: La PA debida a estimulación con ceruleína cursa con un aumento de la expresión de SH-PTP1 que no se debe a la infiltración, y que se ve incrementada cuando se inhiben las MAPKs, JNK y ERK1/2.

MUTACIONES P53, K-RAS Y ACTIVIDAD TELOMERASA EN MUESTRAS DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE MASAS PANCREÁTICAS

P. Gonçalves*, L. Comas**, A. Antonijuan**, E. Montserrat***, J. Mora** y A. Farré*

*Servicio de Patología Digestiva. **Bioquímica Clínica. ***Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Barcelona.

Objetivo: Evaluar si la detección de mutaciones del gen p53 permite mejorar la sensibilidad de la detección de mutaciones K-ras y de actividad telomerasa en el diagnóstico del cáncer de páncreas (CP).

Material y métodos: Se han obtenido de forma prospectiva 52 muestras de PAAF de masas pancreáticas de pacientes con sospecha de CP (30 varones y 22 mujeres). Los diagnósticos fueron: 30 CP, 6 otros tumores malignos, 2 tumores mucinosos, 5 tumores neuroendocrinos y 9 patología benigna. La detección de mutaciones p53 se realizó mediante PCR y secuenciación, la de mutaciones en el codón 12 del gen K-ras mediante RFLP/PCR y la de actividad telomerasa mediante un método semicuantitativo Telomerasa PCR-ELISA® (Roche Diagnostics).

Resultados: La detección de mutaciones en el gen p53 no incrementó la sensibilidad diagnóstica del K-ras en el grupo de CP que era de 21/30 (70%), pero sí en el de otros tumores malignos (33% al analizar K-ras, 50% al analizar K-ras y telomerasa y 83% al añadir p53).

Conclusiones: La detección de mutaciones en el gen p53 junto a la combinación K-ras y/o actividad telomerasa no aumentó la sensibilidad diagnóstica en las muestras de CP, pero sí en el grupo de otros tumores malignos.

PANCREATITIS HEREDITARIA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUTACIÓN R122C EN EL GEN TRIPSINÓGENO CATIONICO (PRSS1)

G. Heras Castaño, B. Castro Senosiain, A. Fontalba Romero, M. López Hoyos y M. Cobo Martín

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

Introducción: La pancreatitis hereditaria (PH) es una rara enfermedad de carácter autosómico dominante. En la mayoría de los casos está causada por mutaciones en el gen tripsinógeno catiónico (PRSS1), las descritas más frecuentemente son R122H y N29I. Con menor frecuencia, ha sido descrita la mutación R122C. Presentamos un estudio de las características epidemiológicas y clínicas en cinco familias portadoras de esta mutación.

Material y métodos: Una vez identificada la mutación R122C en los casos índice, el análisis de los familiares se realizó mediante digestión y secuenciación para confirmar los resultados. El diagnóstico de enfermedad pancreática se realizó en base a datos clínicos, bioquímicos, estudios de imagen y funcionales.

Resultados: Hasta ahora hemos estudiado 36 miembros pertenecientes a cinco familias. En 18 se detectó la mutación R122C, 7 (%) desarrollaron patología pancreática (pancreatitis aguda 2; pancreatitis crónica 4; pancreatitis crónica más cáncer de páncreas 1). La edad de inicio de los síntomas osciló entre 3 y 51 años, mediana 24 años, con un IC: 95% 24 (3-51) e IC: 75% 24 (12-35) años. La mediana y rango de edad de los miembros asintomáticos portadores de la mutación R122C en la última revisión clínica es de 43 (10-83) años.

Conclusiones: 1) La penetrancia de la mutación R122C del gen PRSS1 es del 40% en estas cuatro familias. 2) La probabilidad de no desarrollar enfermedad pancreática después de los 35 años es del 75%; y del 95% a partir de los 51 años.

DISTROFIA QUÍSTICA DE PARED DUODENAL Y PANCREATITIS DEL SURCO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

M.D. Picó Sala, E. de Madaria Pascual, J.R. Aparicio Tormo, J. Martínez Sempere, L. Sempere Robles, A. Amorós Pina, I. Mozas Desdentado y M. Pérez-Mateo Regadera

Hospital General Universitario de Alicante. Elche

Introducción: La distrofia quística de pared duodenal (DQPD) y la pancreatitis del surco (groove) son formas poco frecuentes de pancreatitis crónica, caracterizada por afectación de pared duodenal y/o del área groove (entre cabeza del páncreas y duodeno).

Objetivos: Analizar las características clínicas y radiológicas.

Metodología: Estudio retrospectivo.

Resultados: Se han incluido 10 pacientes. Todos hombres, con edad media de 50 años. La ecoendoscopia permitió el diagnóstico en todos los casos. En la forma Groove presentaba afectación del surco pancreático y en la DQPD numerosos quistes pequeños de la pared duodenal. El TAC sólo permitió el diagnóstico en tres pacientes. Los hallazgos más frecuentes fueron cambios en segunda porción duodenal y mala definición del surco.

Conclusiones: La ecoendoscopia es una técnica sensible, que permite un diagnóstico precoz y caracterizar mejor este tipo de lesiones.

EFICACIA Y TOLERANCIA DEL USO DE METAMIZOL FRENTE A MORFINA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA PANCREATITIS AGUDA

M.D. Picó Sala, A.M. Peiró, J. Martínez Sempere, E. Martínez Beloki, E. de Madaria Pascual, P. Llorens, J.F. Horga, L. Gómez-Escolar y M. Pérez-Escolar Regadera

Hospital general Universitario de Alicante. Elche.

Introducción: El uso de morfina ha sido contraindicado para el tratamiento del dolor en la pancreatitis aguda (PA) debido al efecto sobre el esfínter de Oddi, aunque no existen evidencias que apoyen esta influencia.

Objetivo: Evaluar la eficacia y efectos adversos del metamizol frente a la morfina.

Metodología: Se aleatorizaron dieciséis pacientes con PA para recibir morfina 10 mg/4 h s.c. (n = 8) o metamizol 2 g/8 h iv (n = 8).

Resultados: El 75% del grupo del metamizol consiguió remisión del dolor frente al 37,5% durante las primeras 24 horas (6/8 vs 3/8; p: n.s.). El tiempo medio para la remisión del dolor fue menor en los que recibieron metamizol ($10 \pm 6,6$ h vs $17 \pm 18,3$ h; p: n.s.). El porcentaje con control del dolor fue del 87,5% en el grupo de metamizol, frente al 50% del grupo de morfina (p = 0,3).

Conclusiones: El uso de metamizol intravenoso parece más efectivo que la morfina. El uso de morfina parece seguro en el contexto de la pancreatitis aguda.

CONCORDANCIA ENTRE MUTACIONES K-RAS EN PLASMA Y EN TEJIDO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

P. Gonçalves*, A. Antonijuan**, L. Comas**, C. Guarner*, E. Montserrat**, J. Mora** y A. Farré*

Servicio de Patología Digestiva. **Bioquímica Clínica. *Radiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Barcelona.*

Objetivo: Evaluar la concordancia entre la detección de mutaciones K-ras en plasma y en tejido y su aplicación en pacientes con patología pancreática.

Material y métodos: Se han obtenido de forma prospectiva 112 muestras pancreáticas (en paralelo plasma y tejido; 45 eran adenocarcinomas pancreáticos). Para la extracción del ADN plasmático se utilizó el método QIAamp® (Qiagen) y para la extracción del ADN tisular (PAAF o jugo pancreático) el método del fenol-cloroformo. La detección de mutaciones en el codón 12 del gen K-ras se realizó según método RFLP/PCR. La caracterización de las mutaciones se realizó mediante SSCP.

Resultados: En los pacientes con adenocarcinoma pancreático la sensibilidad de la detección de mutaciones K-ras fue del 43% (19/44) en plasma y del 87% (39/45) en tejido. La concordancia obtenida en muestras pancreáticas fue del 78% (19 positivas y 67 negativas, total 86/110). La caracterización fue posible en 11/19 muestras positivas plasmáticas y las mutaciones detectadas fueron 8 GAT y 3 GTT que concordaron con las del tejido.

Conclusiones: La detección de mutaciones K-ras en plasma, aunque poco sensible, puede ser confirmatoria en casos donde esté contraindicada o no factible una técnica invasiva.

DAÑO MULTIORGÁNICO DURANTE LA PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR OBSTRUCCIÓN BILIO-PANCREÁTICA. EFECTO DE LA N-ACETIL CISTEÍNA

L. Ramudo González, I. de Dios Bayon, S. Yubero Benito y M.A. Manso Martín

Facultad de Biología. Salamanca.

Objetivos: Estudiar las alteraciones en pulmón, hígado y riñón en pancreatitis aguda (PA) inducida por obstrucción bilio-pancreática (OBP), diferenciando los daños producidos por la retención biliar. Además se evaluó el papel del estrés oxidativo en las complicaciones extrapancreáticas con la administración de N-acetil cisteína (NAC).

Métodos: Ratas Wistar se distribuyeron en los siguientes grupos: 1) Control; 2) Obstrucción biliar (OB); 3) PA inducida por OBP (PA), y 4) Administración de NAC (50 mg/kg) 1 h antes y 1 h después de inducir PA. Se analizó: amilasemia, fluido tisular y mieloperoxidasa (MPO) en páncreas, pulmón e hígado, bilirrubinemia, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT) y lactato deshidrogenasa (LDH) en hígado y creatinina plasmática.

Resultados: NAC redujo la hiperamilasemia causada por PA. El contenido de fluido no varió en pulmón, pero aumentó en hígado de ratas OB y PA en un grado similar. MPO aumentó en páncreas durante la PA y en pulmón de ratas OB y PA, efectos reducidos con NAC. Ratas OB y PA mostraron creciente bilirrubinemia durante 120 h y aumentos similares de AST y ALT. LDH descendió en hígado de ratas PA desde 24 h y en ratas OB desde 48 h. NAC redujo las alteraciones funcionales hepáticas observadas 24 h después de inducir PA. La creatinina plasmática no varió en ningún grupo.

Conclusiones: Infiltración pulmonar de neutrófilos y fallo hepático ocurre por obstrucción biliar incluso si PA no se desarrolla. El estrés oxidativo agrava el daño pulmonar y hepático y se sugiere la administración de antioxidantes para paliar el fallo orgánico durante la PA. Subvención FIS (PI050025).

EFECTO DE LA DEXAMETASONA EN PANCREATITIS AGUDA EDEMATOSA Y NECROTIZANTE

S. Yubero Benito, L. Ramudo González, M.A. Manso Martín, J. Sánchez Recio, E. Werruaga Prieto e I. de Dios Bayón

Facultad de Biología. Salamanca.

Objetivos: Estudiar el efecto profiláctico y terapéutico de la Dexametasona en pancreatitis agudas (PA) de diferente gravedad.

Material y métodos: Ratas Wistar se distribuyeron en los siguientes grupos: 1) Controles; 2) PA inducida por obstrucción bilio-pancreática (OBP) durante 12 h; 3) PA inducida por infusión retrógrada de taurocolato sódico (TcNa) al 3,5% en el conducto bilio-pancreático durante 6 h; 4) administración de 1 mg/kg de Dexametasona (Dx) 30 min. antes de PA-OBP 5) administración de 1 mg/kg de Dx 1 h después de PA-OBP, 6) administración de 1 mg/kg de Dx 30 min antes de PA-TcNa y 7) administración de 1 mg/kg de Dx 1 h después de PA-TcNa. Se analizó: amilasemia, hematocrito, fluido en páncreas, mieloperoxidasa (MPO) y glutatión (GSH) pancreático, lactato deshidrogenada (LDH) en hígado y secciones de páncreas por microscopía óptica.

Resultados: Dx, administrada antes o después de PA-OBP, redujo la hiperamilasemia, hemoconcentración, edema e infiltración leucocitaria en páncreas, pero no fue eficaz para recuperar el descenso de GSH. Tratamiento previo o posterior con Dx disminuyó la hiperamilasemia hemorragia y necrosis pancreática de ratas con PA-TcNa. Dx disminuyó el edema pancreático si la administración es previa a la PA, pero no redujo el resto de alteraciones. LDH hepático recuperó valores controles en ratas TcNa tratadas con Dx 1 h después de PA.

Conclusiones: Dexametasona, aunque con diferente efectividad, redujo la gravedad de pancreatitis aguda edematosa y necrotizante. Subvención Junta Castilla y León (SA033A06)

ESTUDIO DE LA IDENTIDAD BACTERIANA EN SANGRE, LÍQUIDO YEYUNAL, GANGLIOS LINFÁTICOS MESENTÉRICOS Y TEJIDO PANCREÁTICO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

M.D. Picó Sala, E. de Madaria Pascual, J. Martínez Sempere, R. Frances y M. Pérez-Mateo Regadera

*Hospital General Alicante. Elche.***Objetivos:** Comprobar la presencia de bacterias del mismo clon en líquido yeyunal, sangre y tejido pancreático como expresión del fenómeno de translocación bacteriana.**Metodología:** Pacientes con PA potencialmente grave (PCR >15 mg/dL a las 48 horas, APACHE-II > 8 o fallo orgánico) a los que se coloque una sonda nasoyeyunal de alimentación. Obtención de muestras de sangre, líquido yeyunal y tejido pancreático (en muestras de punción realizada por sospecha de infección o cirugía). Cultivo y detección y secuenciación bacteriana en cada muestra. Comparación de similitud entre los microorganismos aislados de la misma especie según secuenciación.**Resultados:** Se han incluido 12 pacientes. La técnica de identificación bacteriana por PCR y secuenciación del ADN ha permitido la identificación de bacterias en cuatro pacientes (33%) con hemocultivos negativos. La bacteria aislada en cada uno de los casos (*E. Coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus milleri* y *Enterococcus faecalis*) era la misma tanto en sangre como en líquido yeyunal.**Conclusiones:** Hemos objetivado fenómenos de translocación bacteriana desde intestino a sangre en un tercio de los pacientes con PA. Nuestros resultados apoyan claramente la teoría de translocación bacteriana sistémica.**UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN LA PATOLOGÍA BILIAR DE DIFÍCIL MANEJO**

L.A.V. Argüello Viudez Lidia, G.M. Guillermina Montoliu, V.M.E. Vanessa Martínez Escapa, V.P.B. Vicente Pons Beltran, M.R.S. María Rodríguez Soler, V.P.P. Virginia Pertejo Pastor, J.P.G. Julio Ponce García y T.S.F. Teresa Sala Felis

Hospital la Fe de Valencia. Valencia

La sensibilidad de la ecografía abdominal (US) para el estudio de la vía biliar es baja. La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y la ultrasonografía endoscópica (USE) han mostrado resultados prometedores, aunque su el papel en la patología biliar no está definido.

Objetivo: Comparar la eficacia de la USE y la CPRM en el diagnóstico de la patología biliopancreática de difícil manejo valorando la tolerancia del paciente a éstas.**Material y métodos:** Estudiamos prospectivamente pacientes con sospecha de coledocolitiasis no demostrada por US o con dilatación de vía biliar extrahepática diagnosticada por US sin etiología demostrada. Realizamos CPRM y USE aleatorizadamente. Registramos el grado de malestar mediante una escala de Likert.**Resultados:** Durante un año realizamos 66 ecoendoscopias biliopancreáticas. Diecisiete fueron incluidas, con diagnóstico de: patología benigna en 7, tumores 3 y no patología 7. La confirmación diagnóstica se estableció por cirugía (4), CPRE (8) o evolución clínica (5). Media de seguimiento de 14 meses. La precisión diagnóstica de la USE fue del 94% (el diagnóstico por USE coincidió con el diagnóstico final en 16/17 casos), y la precisión de la CRMN del 76%. El grado de molestia fue 3 para USE (límites 0-8) y 1 para CRMN (límites 0-8).**Conclusiones:** USE y CRMN son útiles en el diagnóstico etiológico de la obstrucción biliar extrahepática, en pacientes con US no diagnóstica. La tolerancia es buena en ambas.**UTILIDAD DE LA USE PARA EXCLUIR EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS**

J.F. Martínez Sempere, J.R. Aparicio Tormo, M.D. Picó Sala, A. Amorós Pina y J.A. Casellas Valdé

*Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.***Objetivos:** Evaluar el VPN de la USE para excluir el CP en pacientes remitidos por sospecha de CP y que presentan una USE sin lesiones focales.**Material y métodos:** Pacientes con sospecha de CP, bien por elevación de Ca 19,9, alteración radiológica y/o clínica sugestiva y que presentaban una USE normal o signos de PC en ausencia de una lesión focal. El diagnóstico de PC se estableció en presencia de 5 criterios de PC o calcificaciones. Todos los pacientes fueron seguidos durante > 6 meses.**Resultados:** En total se han incluido 28 pacientes, 18 hombres y 10 mujeres, con una edad media (SD) de 59,6 (12,5) años. La mediana (P25-P75) de seguimiento es de 9,9 (7,2-14,2) meses. Once (39,3%) presentaban elevación de Ca 19,9, 15 (53,6%) alteración en el TC, 4 (14,3%) alteración en ECO, 5 (17,9%) ictericia obstructiva, 10 (35,7%) tenían s. constitucional. Varios presentaban más de una de indicación. La USE fue normal en 19 (67,9%) y 9 (32,1%) presentaban criterios de PC sin lesiones focales. El VPN para excluir el diagnóstico de CP fue del 96,4%. Un paciente con signos de pancreatitis crónica sin objetivar lesión focal, fue diagnosticado de CP mediante PAAF 4 días después de la realización de la USE. El VPN en los pacientes sin signos de PC fue del 100%.**Conclusiones:** La USE presenta un elevado VPN para excluir el diagnóstico de CP en pacientes con y sin PC, aún en centros con poca experiencia.**GROOVE PANCREATITIS. ANÁLISIS DE SU EXPRESIVIDAD EN UNA SERIE DE 3 CASOS**

A.L.M. López Martín, P.E.D. Esteban Delgado, I.O.G. Ortega González, E.M.B. Muñoz Beltrán, P.M.M. Mas Mercader, E.T.C. Torrella Cortés, A.L.H. López Higuera, J.S. Shanabo, H.H. Hallal y E.P.C. Pérez Cuadrado

*Hospital Morales Meseguer. Murcia.***Introducción. Objetivos:** La "Groove pancreatitis" es una variante de la pancreatitis crónica que se caracteriza por la formación de tejido cicatricial en el espacio anatómico comprendido entre la cabeza del páncreas, la vía biliar principal y el duodeno. Es una afección en general poco conocida con series reducidas aportadas a la literatura. La etiopatogenia no está bien definida y su manejo depende sobre todo de la expresividad clínica de cada caso. Los tres pacientes que presentamos ilustran diversas formas de presentación y se valoran las posibilidades de tratamiento aplicables.**Material y métodos:** Aportamos una casuística de tres casos de groove pancreatitis, atendidos en nuestro Hospital en el último año.**Resultados:** El diagnóstico de los casos se ha establecido partiendo de la sospecha clínica confirmándose mediante estudio con: Ecografía abdominal, TAC abdominal, Transito de intestino delgado y Ecoendoscopia.**Conclusiones:** destacamos la importancia de esta entidad poco frecuente por el impacto en cuanto al diagnóstico diferencial sobre todo con el Adenocarcinoma de páncreas, el manejo clínico del paciente y la decisión de abordaje quirúrgico.**MANEJO DE LA LESIÓN QUIÍSTICA DE PÁNCREAS (CASO CLÍNICO)**

F.J. Morera Ocon, M. Agramunt Lerma, M. García-Granero Ximenez, F. Ripoll Orts, F. Landete Molina, J. Millan Tarin y J.C. Bernal Sprekelsen

*Hospital de Requena. Paterna.***Introducción:** La caracterización de una lesión quística de páncreas es fundamental para decidir la estrategia terapéutica.**Caso Clínico:** Mujer de 41 con dolor abdominal de 15 días de evolución, irradiado a espalda de manera transfixiva y fosa renal dcha. Masa abdominal palpable. Ecografía: masa quística de 10,4 x 8,1 x 7,8 cm localizada en cabeza pancreática, con hiperpresión de vasos esplenoportales y dilatación moderada de vía biliar extrahepática. En TAC abdominal se confirmaron estos hallazgos además de adenopatías no mayores de 1cm en área peripancreática y una cápsula quística de grosor considerable. Los marcadores tumorales séricos resultaron negativos (CEA 3,1 CA 19,9 16,8). Se procedió a una punción diagnóstica y con la evacuación de 430 ml la paciente quedó asintomática. Análisis del líquido: amilasa 8557 U/L, CEA 125 ng/ml, CA 19,9 5604,1 U/mL, celularidad inflamatoria. Se practica RMN con colangiografía cuya sospecha diagnóstica se decanta más a pseudoquistes que a neoplasia. La endoscopia no apreció abombamiento de tumoración en luz

gástrica y moderadamente en duodeno por lo que se desestimó el drenaje endoscópico. Se procedió a cirugía, biopsia peroperatoria y quistoyunostomía en Y de Roux. Evolución sin complicaciones.

Comentarios: Se discute el proceso diagnóstico-terapéutico ante una lesión quística de páncreas, centrándose en el tratamiento del pseudoquiste. Se revisan las indicaciones quirúrgicas y las indicaciones de actitud conservadora.

**OPERACIÓN DE FREY COMO OPCIÓN AL PROBLEMA
DIAGNÓSTICO PANCREATITIS FOCAL/CÁNCER DE PÁNCREAS**

F.J. Morera Ocon, F. Ripoll Orts, F. Landete Molina,
M. Agramunt Lerma, M. García-Granero Ximenez, J. Ballestin
Vicente, M.A. Sales Maicas, J. Millán Tarín y J.C. Bernal
Sprekelsen

Hospital de Requena. Paterna.

Introducción: El diagnóstico etiológico preoperatorio del nódulo de cabeza pancreática puede ser difícil. Una intervención de Frey con examen peroperatorio puede resolver el problema.

Caso clínico: Paciente de 74 años que ingresa por dolor abdominal intenso epi-mesogastrio. Ecografía: dilatación de Wirsung secundaria a nódulo en cabeza-cuello pancreático. TC abdominal: neoplasia pancreática como primer diagnóstico. Los marcadores tumorales resultan negativos. La RMN con colangiografía no aporta más datos. Ecoendoscopia: no consiguen realizar punción para estudio citológico pero su primer diag. es pancreatitis crónica. Decidimos pasar directamente a intervención quirúrgica. Se efectúa un "core-out" pancreático tras localización del nódulo por ecografía intraoperatoria. El estudio histológico informa de malignidad, por lo que se completa la duodenopancreatectomía cefálica abandonando la derivación según Frey.

Comentarios: Cuando se requiere tratamiento quirúrgico en una pancreatitis crónica se obtiene una mejor calidad de vida con la intervención de Beger o de Frey que con la duodenopancreática. Ante la duda diagnóstica de un nódulo pancreático de cabeza una estrategia adecuada puede ser la planificando de una operación de Frey y completar la cirugía según el examen intraoperatorio.