

Sesión 5/Técnicas endoscópicas y páncreas

TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA EN PATOLOGÍA PANCREÁTICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Vida Mombiola, A. Tomàs Viñas, C. Martínez Moreno, C. Jane y M. Palmiola Montaner

Servicio de Digestivo, Unidad Endoscopia. Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa, Manresa. Barcelona.

Introducción: La terapéutica sobre el esfínter de Oddi y la vía pancreática ha estado tradicionalmente gravada con una alta morbilidad. La mejora en la seguridad de la ERCP y de la esfínterotomía endoscópica en la pancreatitis aguda biliar ha facilitado un incremento de las indicaciones de la terapéutica endoscópica en los trastornos pancreáticos. Hemos analizado retrospectivamente una serie de pacientes a los que se ha practicado una intervención endoscópica sobre el esfínter del páncreas o conducto pancreático, con intención terapéutica.

Métodos: Utilizando la base de datos informatizada de la Unidad de Endoscopia que recoge los datos demográficos, los datos clínicos y los tipos de exploración y terapéuticas realizadas, así como los archivos informatizados y convencionales del hospital, se revisaron todos los pacientes sometidos a ERCP en los que se hubiese realizado una esfínterotomía del páncreas, colocación de prótesis biliar o drenaje de pseudoquistes de páncreas.

Resultados: De un total de 17.540 exploraciones practicadas entre enero de 1994 y enero de 2002, se realizaron 1197 ERCP, de entre ellas 207 con carácter de urgencia por diversas causas, la más frecuente la sepsis de origen biliar (40 casos), la ictericia obstructiva (38 casos) y en tercer lugar la pancreatitis aguda biliar grave (30 casos). De las 1.197 exploraciones, en 19 casos se realizó terapéutica sobre páncreas en 15 pacientes. Siete mujeres y 8 hombres con una edad media de 63 a (32-84). En los casos de PCC de etiología OH, la proporción H/M es de 7/0 y la edad media de 46,7 (32-68). La etiología fue la PCC en 7 casos, Pancreatitis Aguda Biliar en 4, Neoplasia en 2, SOD (disfunción esfínter de Oddi) 1 y Dolor biliar 1. La causa del tratamiento endoscópico: Pseudoquiste 5 casos, Pancreatitis recurrente en 5, Pre-cut en 3, Dolor crónico 2 y estenosis Wirsung en 1 caso. Los tratamientos efectuados fueron: Esfínterotomía pancreática en 14 casos, Prótesis pancreática en 10, prótesis biliar en 4 y en un caso no se pudo realizar terapéutica (más de una terapéutica se realizó en algunos pacientes). La evolución fue favorable en 11 casos (pudiendo ser dados de alta asintomáticos y siguiendo posteriormente el tratamiento habitual), en uno fue temporal, requiriendo IQ finalmente tras meses de evolución favorable. En dos casos se desconoce la evolución (pacientes de otros hospitales) y hubo un caso de mortalidad en el mismo ingreso hospitalario (Intento de drenaje de pseudoquistes de páncreas que no fue efectivo y fue IQ a posteriori).

Conclusiones: La PCC es la primera causa etiológica de intervención endoscópica en páncreas, la edad media de estos pacientes es inferior a la media general. En la mayoría de los pacientes se realizó esfínterotomía del páncreas como primera maniobra terapéutica, seguida de la colocación de prótesis. La evolución fue favorable en 11

de los 13 casos de los que hay seguimiento, en un solo caso no se pudo realizar terapéutica y hay solo un caso de mortalidad. Con las limitaciones que tiene un estudio retrospectivo, creemos que los resultados apoyan a la endoscopia terapéutica en páncreas como una buena opción, en un hospital general eminentemente asistencial como el nuestro.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES LOCALES

M. Pérez-Miranda, R.E. Madrigal, P. Díez-Redondo, H. Jiménez³, F. Igea, A.M. González¹, J.C. Sarmentero¹, G. Sánchez-Antolín, A. Martín-Luengo², J.I. González³, R. Velicia y A. Caro-Patón

Servicios de Aparato Digestivo, Cirugía¹, Intensivos² y Radiología³. Hospital del Río Hortega. Valladolid.

Introducción: La endoscopia puede ser eficaz para resolver complicaciones anatómicas locales de la PA grave, como necrosis, abscesos o disrupciones ductales. Este uso se considera experimental, ya que sólo se ha probado en tres estudios no controlados (31 pacientes en conjunto: Kozarek, *Gastroenterology* 1991; Baron, *Gastroenterology* 1996 y Venu, *Gastrointest Endosc* 2000).

Objetivos: Evaluar seguridad y eficacia del intervencionismo endoscópico en la PA grave.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes sometidos a CPRE durante una PA, excluyendo la CPRE urgente por PA biliar y el drenaje de pseudoquistes. Se caracterizaron las PAs según los criterios modificados de Atlanta (Dervenis, *IJP* 1999) y se calculó el índice de gravedad modificado de Balthazar (CTSI) basal. Se evaluaron el momento y la indicación de la CPRE índice, tipo de maniobras terapéuticas, resultado y complicaciones. Se definió la respuesta al tratamiento (RT) como la mejoría clínica (dolor abdominal, tolerancia oral, fiebre) con correlato analítico (PCR \pm amilasaemia/leucocitosis) y/o de imagen (TAC) en las dos semanas siguientes a la CPRE. Se consideraron como fracaso terapéutico (FT) los casos sin mejoría, mejoría sólo subjetiva, o en los que finalmente se practicó desbridamiento o resección pancreáticos.

Resultados: 1) Pacientes y PAs: 12 pacientes (7 varones) de 57 (21-79) años. La etiología de la PA fue biliar en 8 casos. En 11 hubo > 3 criterios de Glasgow en las 1ª 48 h ($x = 5$; $R = 3-7$). La PCR en la 1ª semana fue de 416 mg/L (145-1706). 7 presentaron fallo orgánico en al menos 1 sistema ($x = 2$; $R = 1-4$) y 8 precisaron ingreso en UCI (estancia $x = 22$ días; $R = 3-77$ días). El promedio del CTSI fue de 6,2 (2-10) a los 15 (2-32) días del ingreso, con 10 PA necróticas y 2 edematosas. Se objetivó necrosis infectada en 6 casos (necrosectomía = 3; éxitus = 1) y absceso en 1. La estancia media global fue de 61 días, con un rango de 12 a 126 días.

2) CPRE: Se practicó a las 12-72 horas del ingreso en 3 casos (grupo A) y de forma diferida en 9 (grupo B), a los 27 (7-44) días. En el grupo A se indicó tratamiento ante el hallazgo de disrupción o ectasia del wirsung durante la CPRE urgente. En el grupo B fue por clínica de PA persistente (intolerancia/dolor + hiperamilasaemia/leuco-

citosis > 7 días) y/o signos de toxicidad. En 6/9 se ha-bía hecho antes CPRE urgente, con esfinterotomía endoscópica (EE) en 5. En 1 caso la wirsunografía mostró sólo ectasia, y disrupciones en 9 (parcial = 7, total = 2) en cabeza/rodilla (n = 6) o cuerpo (n = 3), comunicando con colecciones en 5. Se logró la inserción de un stent pancreático en 9/10, en 6 casos con EE pancreática. En la CPRE índice se hizo además EE biliar (n = 5), extracción de coledocolitiasis (n = 3), inserción de stent biliar (n = 2) y drenaje transgástrico de necrosis (n = 1), con un promedio de 3 (1-6) maniobras terapéuticas/CPRE. Se exacerbó la PA en 1 caso, y no hubo otras complicaciones. Además, se hicieron 13 CPREs de seguimiento en 9 casos (total = 2,6/pte).

En 5 casos se asoció drenaje percutáneo al tratamiento endoscópico (2 pre y 3 post-CPRE).

3) Resultado: Se obtuvo RT en 7 de los 11 pacientes en que se logró éxito técnico. Los 3 casos del grupo A fueron FT (necrosectomía = 2; exitus = 1). La tasa de RT en el grupo B fue del 78% (7 de 9).

Conclusiones: El tratamiento endoscópico sobre las complicaciones locales de la PA grave parece seguro y más eficaz en el subgrupo de pacientes con PA persistente asociada a disrupción ductal.

UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) Y USE CON PUNCIÓN ASPIRATIVA (USE-PAAF) EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES MUCINOSOS PAPILARES INTRADUCTALES (TMPI) DEL PÁNCREAS

G. Fernández-Esparrach, A. López, A. Ginès, M. Pellisé, M. Solé*, M.T. Soria, S. Navarro y J.M. Bordas

*Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona.*

Introducción: Los TMPI del páncreas son lesiones de diagnóstico difícil en estadios iniciales. Por otra parte, su potencial de malignización hace que el diagnóstico precoz sea especialmente importante. La USE ha demostrado ser una excelente técnica en el estudio de la patología del páncreas, tanto parenquimatosa como ductal. Además, la posibilidad de realizar una punción aspirativa guiada por USE en tiempo real (USE-PAAF) permite la realización del diagnóstico citológico añadiendo muy poca morbilidad a la técnica.

Objetivo: Valorar la utilidad de la USE y USE-PAAF en el diagnóstico de los TMPI.

Pacientes y métodos: Se han revisado los informes de las USE realizadas desde 1995 hasta febrero de 2002 seleccionando los casos sospechosos de TMPI en base a los hallazgos de esta exploración. La USE se llevó a cabo bajo sedación profunda con un ecoendoscopio radial (Olympus GF UM20). Para la práctica de la USE-PAAF se utilizó un ecoendoscopio sectorial (Olympus UC 30P) realizando aspiración del contenido de la lesión mediante una aguja de 22G (Wilson-Cook®R). En todos los pacientes la USE se indicó para estudio de lesiones quísticas del páncreas con o sin dilatación del conducto de Wirsung detectadas por otras técnicas de imagen.

Los criterios ecoendoscópicos de TMPI fueron la presencia de uno o varios de las siguientes anomalías: 1) Conducto de Wirsung dilatado (> 5 mm) y/o con saculaciones, en ausencia de alteraciones parenquimatosas; 2) una o varias lesiones quísticas en comunicación con el conducto de Wirsung; y 3) material hiperecogénico en su interior sugestivo de mucina. El diagnóstico definitivo se ha realizado mediante cirugía o por la presencia de mucina obtenida por USE-PAAF.

Resultados: Once pacientes cumplían criterios ecoendoscópicos de TMPI. El diagnóstico se confirmó en 8 de ellos, por USE-PAAF (n = 5) o por cirugía (n = 3). En un caso no fue posible llegar al diagnóstico definitivo. En los dos falsos positivos el diagnóstico anatómopatológico fue adenocarcinoma de la papila de Vater y tumor neuroendocrino con extensión intraductal, respectivamente.

Conclusiones: La USE es una técnica muy útil en el diagnóstico de TMPI. La USE-PAAF permite su confirmación mediante la detección de mucina, lo que puede tener importantes implicaciones en el manejo de estos pacientes.

UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES FOCALES DE PÁNCREAS

M. Pellisé, A. Ginès, M.T. Soria, G. Fernández-Esparrach, A. López, S. Navarro, M. Solé*, J. Llach y J.M. Bordas

*Servicio de Digestivo, Institut de Malalties Digestives y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona.*

Introducción: El diagnóstico histológico por métodos no quirúrgicos de las lesiones focales del páncreas es un problema clínico frecuente. La punción aspirativa guiada por ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF) permite por una parte un acceso fácil al páncreas y por otra obtener material suficiente para el diagnóstico citológico en un alto porcentaje de pacientes.

Objetivos: Determinar la rentabilidad diagnóstica (definida como porcentaje de pacientes en quienes la citología obtenida fue suficiente) de la USE-PAAF en el diagnóstico citológico de las lesiones focales del páncreas.

Material y método: Desde enero a diciembre del 2001, se practicó USE-PAAF a 62 pacientes con tumoraciones sólidas o quísticas del páncreas. Las indicaciones fueron las siguientes: confirmación histológica de neoplasia irresecable (n = 46), estudio de la naturaleza de una tumoración quística ya conocida (n = 13) y búsqueda de tumores neuroendocrinos no visualizados por TC (n = 3). La USE se llevó a cabo bajo sedación profunda, en primer lugar con el ecoendoscopio radial Olympus GF UM20 para localizar y estudiar la lesión, y posteriormente se practicó PAAF con la ayuda del ecoendoscopio sectorial Olympus GF UC30P. Se utilizaron agujas de Wilson-Cook de 22G en todos los casos, realizando varios pases hasta obtener una muestra suficientemente representativa. El patólogo permaneció en la sala de exploración durante el procedimiento para evaluar "in situ" la calidad de las muestras.

Resultados: Se practicó una media de 3 pases por paciente. En 57 pacientes (92%) se obtuvo una muestra suficiente para el diagnóstico: adenocarcinoma ductal (n = 32), tumor neuroendocrino (n = 5), cisto-adenocarcinoma mucinoso (n = 3), cistoadenoma mucinoso o seroso (n = 7 y n = 2 respectivamente), tejido pancreático normal (n = 3) y pancreatitis crónica (n = 5). En 5 pacientes (8 %) la muestra obtenida se consideró insuficiente para el diagnóstico citológico (4 masas sólidas y 1 quística). Tan sólo se constató una complicación leve.

Conclusiones: La USE-PAAF es una técnica muy útil en el diagnóstico citológico de las tumoraciones de páncreas y no se ha asociado en nuestra serie a ninguna complicación importante. Por tanto, debería practicarse una USE-PAAF a todos los pacientes con lesiones focales del páncreas cuando se considere necesaria la confirmación histológica de las mismas.

DISTROFIA QUÍSTICA DUODENAL SOBRE PÁNCREAS HETEROTÓPICO: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA

M.T. Soria, A. Ginés, M. Pellisé, G. Fernández-Esparrach, J. Llach, A. López, R. Adalia* y J.M. Bordas

Endoscopia Digestiva, Institut de Malalties Digestives.

**Servicio de Anestesia. Hospital Clínic. Barcelona*

Introducción: La distrofia quística de la pared duodenal sobre páncreas aberrante (DQPA) es una entidad muy infrecuente que ocurre sobre tejido pancreático situado en la pared duodenal. Esta complicación suele presentarse en varones jóvenes o de mediana edad, asociada a pancreatopatía crónica y hábito alcohólico. Se caracteriza por la presencia de cavidades quísticas en el interior de la pared duodenal, tapizadas de epitelio columnar, rodeadas de inflamación y fibrosis, y entremezcladas con tejido pancreático ectópico. Estas cavidades quísticas corresponden a una dilatación de los canales pancreáticos secundaria a la obstrucción por inflamación y crisis de "pancreatitis aguda" sobre el tejido heterotópico. El tamaño de estas formaciones quísticas puede variar o incluso pueden desaparecer y reaparecer en función de nuevas crisis de pancreatitis.

Caso clínico 1: Mujer de 44 años que acudió al hospital por un cuadro de un año de evolución de episodios intermitentes de dolor cólico

en fosa iliaca y flanco derecho con vómitos, astenia, anorexia y pérdida importante de peso. La exploración física demostró la presencia de una tumoración dura y dolorosa en flanco derecho y un aumento del peristaltismo. *US abdominal*: masa heterogénea predominantemente anecoica a nivel del colon ascendente (7x3cm) englobando duodeno y respetando páncreas, sugestiva de neoformación de colon abscesificada. *FGS/Colonoscopia* normales. *Ecoendoscopia (USE)*: Múltiples imágenes quísticas en el interior de la pared duodenal con engrosamiento de la misma compatible con DQPA. Alteraciones en parénquima pancreático compatibles con pancreatopatía crónica. Dada la persistencia del cuadro suboclusivo, la paciente fue intervenida y la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico establecido por USE.

Caso clínico 2: Varón de 53 años con ingesta habitual de alcohol, diagnosticado 8 meses antes de pancreatitis crónica y una lesión fo-

cal quística en cabeza de páncreas compatible con pseudoquiste según la TC. Ingresó de forma electiva para reevaluación de dicha lesión. *TAC abdominal*: Signos indicativos de pancreatitis crónica calcificante, con presencia de pseudoquistes en la cabeza pancreática, de mayor tamaño y número respecto a la exploración previa. *USE*: Pancreatitis crónica calcificada. Lesión quística tabicada, de 6 cm de diámetro, situada en la submucosa de la pared duodenal, compatible con DQPA. Dada la ausencia de síntomas se decidió control evolutivo de las lesiones.

Comentarios: La USE es la exploración más útil en el diagnóstico de la DQPA, ya que permite ubicar las lesiones quísticas dentro de la pared intestinal, lo que constituye la clave del diagnóstico. Además, la USE permite confirmar la existencia de una pancreatitis crónica concomitante.