

rollaron una cirrosis hepática, dos con un curso agresivo falleciendo por insuficiencia hepática a los 14 y 15 meses respectivamente. Un paciente presentó un episodio de rechazo moderado que se controló sin bolus de esteroides y con ajuste de la inmunosupresión.

Conclusiones: En la fase aguda de la reinfección por el VHC post-Tx, el tratamiento combinado precoz con Interferón pegilado y ribavirina, consigue una respuesta virológica precoz del 62,5% y la negativización del RNA-VHC a la semana 24 en un 58,3% de los pacientes infectados con genotipo 1b.

Sesión de comunicaciones IV

25. ESTUDIO PILOTO ABIERTO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) CORTICODEPENDIENTE MEDIANTE GRANULOCITOAFÉRESIS: RESULTADOS PRELIMINARES

E. Domènech

Digestivo Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Estudios preliminares sugieren que la granulocitoaféresis (GCA) es eficaz en el tratamiento de enfermedades de naturaleza autoinmune como la EII, psoriasis o enfermedad de Behçet.

Objetivos: 1) evaluar la eficacia de GCA en inducir la remisión en pacientes con EII corticodependiente; 2) evaluar el efecto de GCA sobre la retirada de la actividad de la EII o (b) presentar ≥ 2 brotes de actividad que requieren esteroides sistémicos en un período de 6 meses. El fracaso de tratamiento inmunosupresor convencional (azatioprina, metotrexate) no se consideró criterio de exclusión. Los pacientes iniciaban tratamiento con prednisona 60 mg/d en la semana 0, reduciéndose semanalmente 10 mg si el paciente mejoraba clínicamente. En la semana 1 se iniciaba un programa de GCA con un total de 5 sesiones (1 x semana). Se evaluó la respuesta a las 6 semanas, considerándose remisión si el paciente presentaba un índice de actividad inactivo (Truelove modificado en la CU, Van Hees o CDAI en EC) junto a la retirada completa de los esteroides. En los pacientes con CU se evaluó el índice de actividad endoscópica de forma basal y a la semana 6.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU), que presentasen corticodependencia definida por: (a) imposibilidad de retirar esteroides sistémicos por recidiva de la actividad de la EII o (b) presentar ≥ 2 brotes de actividad que requieren esteroides sistémicos en un período de 6 meses. El fracaso de tratamiento inmunosupresor convencional (azatioprina, metotrexate) no se consideró criterio de exclusión. Los pacientes iniciaban tratamiento con prednisona 60 mg/d en la semana 0, reduciéndose semanalmente 10 mg si el paciente mejoraba clínicamente. En la semana 1 se iniciaba un programa de GCA con un total de 5 sesiones (1 x semana). Se evaluó la respuesta a las 6 semanas, considerándose remisión si el paciente presentaba un índice de actividad inactivo (Truelove modificado en la CU, Van Hees o CDAI en EC) junto a la retirada completa de los esteroides. En los pacientes con CU se evaluó el índice de actividad endoscópica de forma basal y a la semana 6.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes (14 CU, 12 EC). Más de la mitad de pacientes eran refractarios a tratamiento inmunosupresor. En la CU, el 64% de pacientes alcanzaron la remisión y el 27% mejoría clínica; además, el 72% de los casos consiguió la remisión endoscópica y un 18% adicional mejoró las lesiones. En la EC, el 73% de los pacientes se hallan en remisión a las 6 semanas. Se registraron 5 acontecimientos adversos (1 sobreinfección colónica por CMV, 1 sepsis por catéter, 1 neumonía, 2 cefalea) que en ningún caso obligaron a la retirada del estudio.

Conclusiones: la GCA parece ser eficaz y segura a corto plazo en el tratamiento de la EII corticodependiente. En la CU, la eficacia clínica se asocia a la remisión endoscópica en la mayoría de casos.

26. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA UNINODULAR TRATADOS CON INYECCIÓN PERCUTÁNEA DE ETANOL INTRATUMORAL

A. Gallego*, D. Monfort*, E. Montserrat**, J. Monill**, J. Pernas** y J. Enríquez*

*Aparato Digestivo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona,

**Radiodiagnóstico Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La inyección percutánea de etanol intratumoral (IPEI) se indica en el tratamiento del hepatocarcinoma (CHC) de pequeño tamaño no tributario de cirugía.

Objetivo: Evaluar el impacto real sobre la supervivencia a largo plazo (10 años) en pacientes con CHC único de pequeño tamaño tratados con IPEI.

Pacientes y método: Se analiza la evolución de 78 pacientes (51 hombres/27 mujeres; edad media: $69,83 \pm 6,06$ años; Child: A 40 / B 30/C 8) con CHC uninodular ≤ 5 cm (tamaño medio: $2,84 \pm 0,86$ cm; $44 < 3$ cm / 34 de 3-5 cm) tratados con IPEI. El diagnóstico se realizó por citología positiva en 75 casos y sólo por técnicas de imagen en 3. El tratamiento consistió en inyección intratumoral de etanol con aguja de 22 G guiada por ecografía. La evaluación de la respuesta inicial (al mes del proceso) y el seguimiento se realizaron mediante ecografía y TAC hepático con contraste. Las recidivas se trataron con nueva IPEI cuando fue posible. La probabilidad de supervivencia y de no-recidiva se analizó mediante kaplan-Meier y log-rank y los factores relacionados con ella mediante regresión de Cox. Se incluyeron en el análisis todos los exitus independientemente de la causa.

Resultados: Se obtuvo una respuesta completa inicial en 62 pacientes (79%), siendo ésta significativamente mayor en aquellos con nódulo < 3 cm (95,4%) que en aquellos con nódulo de 3 a 5 cm (58,8%) $p < 0,001$. Durante el seguimiento hubo 56 exitus. La probabilidad de supervivencia global a 3, 5 y 10 años fue de 40%, 24% y 9%. En los pacientes con respuesta completa inicial la probabilidad de supervivencia fue del 46%, 27% y 11% frente a 19%, 12,5% y 0% en aquellos sin respuesta completa ($p = 0,0063$). Asimismo, la supervivencia fue significativamente mejor en los pacientes Child-A: 60%, 43% y 18% que en los Child-B: 25%, 7% y 0% ($p = 0,0003$). Ningún paciente Child-C alcanzó 2 años de supervivencia. En los pacientes con respuesta inicial la probabilidad de no-recidiva a 3, 5 y 10 años fue de 32%, 18% y 7%. La recidiva pudo ser tratada en el 39,5% de los casos, pero sólo en un tercio de ellos se obtuvo de nuevo una respuesta completa. Los factores con influencia en la supervivencia identificados por regresión de Cox fueron la respuesta completa inicial ($p = 0,0040$), la clasificación de Child-Pugh ($p = 0,0028$) y el antecedente de ascitis ($p = 0,0056$). Así, la supervivencia a 3, 5 y 10 años de los pacientes Child-A sin ascitis y con respuesta completa inicial fue 74%, 50% y 27%.

Conclusiones: 1) La supervivencia a largo plazo tras tratamiento con IPEI en hepatocarcinoma uninodular ≤ 5 cm es significativamente superior en los pacientes Child-A sin ascitis en que se obtiene una respuesta completa inicial. 2) La respuesta completa inicial depende del tamaño tumoral, siendo óptima en nódulo < 3 cm.

27. EFECTOS DE LA HIPONATREMIA DILUCIONAL SOBRE LOS OSMOLITOS ORGÁNICOS Y EL CONTENIDO DE AGUA CEREBRAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS

A. Torre*, T. Restuccia*, B. Gómez-Anson**, M. Guevara*, C. Alessandria*, M.E. Alayrach**, C. Terra*, M. Martín*, M. Castellvi***, L. Rami***, A. Sainz**, P. Ginès* y V. Arroyo*

*Unidad de Hepatología Hospital Clinic. Barcelona, **Unidad de Radiología Hospital Clinic. Barcelona, ***Unidad de Neurología Hospital Clinic. Barcelona.

La hiponatremia dilucional que se produce en los pacientes con cirrosis se asocia frecuentemente al desarrollo de alteraciones neurológicas. Sin embargo, se desconoce el mecanismo patogénico de estas alteraciones. En la cirrosis avanzada, la existencia de hiperamonemia induce un aumento de la glutamina en el interior de las células cerebrales, lo que comporta a una reducción compensadora de diversos osmolitos orgánicos, especialmente el mioinositol (MI), con el fin de normalizar la osmolaridad intracelular. El desarrollo de hiponatremia dilucional podría empeorar esta situación a través de reducir la osmolaridad extracelular y ocasionar edema intracelular. No obstante, esta posibilidad no ha sido investigada hasta el momento en pacientes con cirrosis. El objetivo de este estudio fue investigar la concentración de osmolitos orgánicos y el contenido de agua cerebral en pacientes con cirrosis con y sin hiponatremia. El tratamiento diurético fue suspendido durante un mínimo de 5 días antes de la realización del estudio. La concentración de osmolitos intracerebrales se determinó por medio de IH-resonancia

magnética espectroscópica, mientras que el contenido de agua cerebral se estimó mediante resonancia de transferencia magnética (MTR) y medición del volumen cerebral mediante voxel-based morphometry. Los pacientes con hiponatremia ($n = 14$) presentaron niveles significativamente inferiores de MI con respecto a los pacientes sin hiponatremia ($n = 10$) (15 ± 1 vs 24 ± 3 , $p = 0.003$). Los dos grupos presentaron niveles inferiores de MI con respecto a un grupo control de 8 sujetos sanos (52 ± 3 , $p < 0,05$ para ambos). Considerando los pacientes cirróticos y los sujetos sanos, el MI se correlacionó de forma directa con el sodio sérico y con la osmolaridad plasmática ($r = 0,74$ y $r = 0,65$ respectivamente, $p < 0,001$ para ambos). El sodio sérico también se correlacionó de forma directa con otros osmolitos cerebrales, como la colina, la creatina/fosfocreatina y el N-acetil-aspartato. Los niveles de glutamina/glutamato fueron superiores en los pacientes con cirrosis con respecto a los sujetos sanos y se correlacionó en forma directa con los niveles de amonio plasmático ($r = 0,67$; $p: 0,001$). No se observó correlación significativa entre los niveles de glutamina/glutamato y el sodio sérico o la osmolaridad plasmática. El contenido cerebral de agua, estimado por MTR, fue similar entre los pacientes cirróticos con y sin hiponatremia. De igual forma, el volumen cerebral total, volumen de sustancia blanca y de sustancia gris fueron similares en los pacientes con y sin hiponatremia.

En conclusión, la hiponatremia dilucional de la cirrosis, se asocia a una reducción muy importante de la concentración de osmolitos cerebrales, en especial mioinositol. La hiponatremia dilucional no parece asociarse a un aumento del contenido de agua cerebral, por lo que la reducción de los osmolitos orgánicos parece ser un mecanismo homeostático eficaz en la prevención del desarrollo de edema intracelular.

28. FRACTALKINE CONTRIBUYE AL RECLUTAMIENTO DE LEUCOCITOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Sans, S. Danese, B.M. Rivera-Reyes, G.A. West, M. Philips, J.A. Katz y C. Fiocchi

Division of Gastroenterology Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

Introducción: Fractalkine (FKN) es una quemoquina presente en células endoteliales. A diferencia de otras quemoquinas, FKN puede actuar como molécula de adhesión, uniendo leucocitos que expresan su receptor (FKN-R). FKN está implicada en la fisiopatología de entidades como psoriasis o glomerulonefritis.

Objetivo: Estudiar la contribución de FKN al reclutamiento de leucocitos en la enfermedad inflamatoria intestinal (MII).

Métodos: Se aislaron células endoteliales microvasculares del intestino (HIMEC) de pacientes con CU y EC y de colon normal. Se estudió la expresión de FKN en la superficie de HIMEC mediante citometría de flujo, la secreción de FKN soluble (sFKN) mediante ELISA y la fosforilación de las MAP quinasas p38 y ERK de HIMEC mediante inmunoblotting. Se cuantificó la expresión de FKN-R en leucocitos de sangre periférica de pacientes con CU, EC y controles sanos, mediante citometría de flujo. Se evaluó la adhesión de MOLT4 (linfocitos T) y THP1 (monocitos) a HIMEC y la contribución de FKN, ICAM-1 y VCAM-1 a dicha adhesión.

Resultados: La expresión basal de FKN en HIMEC fue $< 3\%$. La estimulación de HIMEC mediante IFN- γ , TNF- α , o IL-1 β indujo la expresión de FKN en el 8-20% de las células, mientras que la combinación de TNF- α y IFN- γ produjo un mayor incremento de FKN en las HIMEC de EC (70%) y CU (58%) que en las de colon normal (26%, $p < 0,01$). La estimulación con TNF- α y IFN- γ produjo la fosforilación de p38 y ERK. La expresión de FKN inducida por TNF- α y IFN- γ fue reducida en un 30% por la inhibición de p38 y en un 60% por la de ERK. La estimulación con IL-4 o IL-1 β no indujo la expresión de FKN y el pretratamiento de HIMEC con IL-4 o IL-10 no previno el incremento inducido por TNF- α y IFN- γ . La estimulación con TNF- α y IFN- γ produjo una mayor liberación de sFKN en HIMEC de EC (1.350 pg/mL) y CU (1.200 pg/mL), que en HIMEC de colon normal (490 pg/mL, $p < 0,05$). El contacto con linfocitos T o monocitos indujo una mayor expresión de FKN en HIMEC de EC y CU que en HI-

MEC de colon normal ($p < 0,05$), mientras que el ligando de CD40 no modificó la expresión de FKN. La expresión de FKN-R fue mayor en los linfocitos CD3+, CD4+ y CD8+ de pacientes con EC y CU activa, que en los de EC y CU inactiva o sujetos sanos ($p = 0,001$). La adhesión de MOLT4 y THP1 a HIMEC de EC y CU fue mayor que a HIMEC de colon normal ($p < 0,05$). El bloqueo de FKN o FKN-R disminuyó la adhesión en 18-33%, el de VCAM-1 en 29-50% y el de ambos en 51-70%. El bloqueo de ICAM-1 no la modificó.

Conclusiones: En la EC y la CU se produce una mayor expresión de FKN en las células microvasculares intestinales, en respuesta a citoquinas proinflamatorias y al contacto con leucocitos, y de FKN-R en los linfocitos de sangre periférica. FKN contribuye a la adhesión leucocitaria al endotelio. Ello indica la participación de FKN en el reclutamiento leucocitario en la EII.

29. CARACTERIZACIÓN DEL PATRÓN MOTOR DEGLUTORIO OROFARÍNGEO EN PACIENTES CON DISFAGIA NEURÓGENA

P. Clavé Civit^a, M. Girvent Montllor^b, R. Terré Boliart^c, M. de Kraa^d, A. Blanco Guillermo^d, M. Bernabeu Guitart^e, J. Pradas Orozco^e y M. Serra Prat^f

^aExploracions Funcionals Digestives. Servei de Cirurgia Hospital de Mataró. ^bCirurgia. Hospital de Mataró. ^cRehabilitación Institut Guttmann. Badalona. ^dFundació Dr. F. Vilardell. Barcelona. ^eNeurologia Hospital de Sant Pau. Barcelona. ^fUnitat de Recerca Hospital de Mataró. Mataró.

Introducción: Se desconoce la naturaleza de las alteraciones motoras orofaríngeas responsables de las penetraciones y aspiraciones que presentan los pacientes con disfagia neurógena.

Objetivo: Caracterizar el patrón motor deglutorio orofaríngeo en pacientes con disfagia neurógena y determinar las alteraciones cuantitativas responsables de las aspiraciones y penetraciones a la vía respiratoria.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de 93 pacientes consecutivos con disfagia neurógena (25 con AVC, 21 TCE, 20 ELA, 16 esclerosis múltiple, 11 miopatías) y de 8 voluntarios sanos. Estudio videofluoroscópico en cada individuo durante la ingesta de bolos de 5-20 ml de viscosidad líquida (L, 20,4 \pm 0,2 mPas) y néctar (N, 274,4 \pm 13,1 mPas), determinando las alteraciones de seguridad (penetración y aspiración), y cuantificando mediante software en C/C++ y DirectDraw la duración de la respuesta motora orofaríngea entre la apertura del sello glosopalatino -ASGP- y el cierre del esfínter esofágico superior -CEES-; la velocidad de reconfiguración aero-digestiva (cierre del sello velofaríngeo -CSVF-, cierre del vestíbulo laríngeo -CVL-, apertura del EES), y el tiempo de regreso a la configuración respiratoria (CSGP-CEES).

Resultados: Resultados expresados en milésimas de segundo y referenciados a ASGP como T = 0, pacientes estratificados de acuerdo con la seguridad de la deglución de bolos de 5 ml de viscosidad líquida y néctar. * = $p < 0,05$ vs voluntarios sanos, † = $p < 0,05$ vs Líquido.

Bolo	5 ml Líquido (20,4 mPas)			
Evento motor	Voluntarios	Disfagia Neurógena		
Seguridad deglución	Segura	Segura	Penetra	Aspira
Individuos	100%	55,8%	28,5%	18,8%
ASGP-CEES	715 \pm 5	787 \pm 3	774 \pm 1	822 \pm 1
CSVF	60 \pm 1	59 \pm 1	58 \pm 7	160 \pm 1
CVL	150 \pm 1	307 \pm 3*	328 \pm 1*	377 \pm 2*
AEES	165 \pm 1	294 \pm 2*	282 \pm 1*	355 \pm 1*
CSGP-CEES	313 \pm 1	293 \pm 1	290 \pm 1	311 \pm 1

Bolo	5 ml Néctar (274.4 mPas)			
Evento motor	Voluntarios	Disfagia Neurógena		
Seguridad deglución	Segura	Segura	Penetra	Aspira
Individuos	100%	81,3% [†]	15,8% [†]	3,9% [†]
ASGP-CEES	730 \pm 1	857 \pm 5	733 \pm 1	1306* [†]
CSVF	60 \pm 1	83 \pm 2	100 \pm 1	506 \pm 7* [†]
CVL	160 \pm 1	305 \pm 15*	300 \pm 1*	880 \pm 9* [†]
AEES	195 \pm 1	372 \pm 5*	300 \pm 1*	883 \pm 1* [†]
CSGP-CEES	295 \pm 1	342 \pm 2	313 \pm 1	680 \pm 8* [†]

Conclusiones: Más del 44% de pacientes con disfagia neurógena presentan alteraciones de la seguridad durante la deglución de líquidos. La duración total de la respuesta motora orofaríngea es similar en voluntarios sanos y en pacientes con disfagia neurógena. En cambio, los pacientes con disfagia neurógena presentan un importante retraso en la velocidad de reconfiguración aero-digestiva con un tiempo de cierre del vestíbulo laríngeo y de apertura del EES muy alargado que condiciona la aparición de penetraciones y aspiraciones. El incremento de la viscosidad del bolo ocasiona un intenso efecto terapéutico en disminuyendo la incidencia de penetraciones y aspiraciones, e incrementando el umbral de severidad de las alteraciones del patrón motor necesario para que los pacientes presenten aspiraciones.

30. UTILIDAD DEL TIPO HLA-DQ2, DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO Y DEL ANÁLISIS DE AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS EN EL CULTIVO DE BIOPSIA DUODENAL EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Esteve Comas^a, F. Fernández Bañares^a, M. Alsina Donadeu^b, A. Salas Caudevilla^c, C. Farré Masip^d, M. Forné Bardera^a, M. Mariné^a, J. Espinós Pérez^a, M. Carreras^c y J.M. Viver Pi-Sunyer^a
^aAparato Digestivo Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, ^bBioquímica Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, ^cAnatomía Patológica Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, ^dBioquímica Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues, ^ePediatría Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

La enteropatía sensible al gluten (ESG) con repercusión clínica importante puede presentarse en individuos con arquitectura vellositaria conservada. En esta situación se ha sugerido que la sensibilidad de los métodos serológicos (Anticuerpos antiendomio –AAE– y antitransglutaminasa –AcTG) es baja.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los alelos de susceptibilidad HLA-DQ2, del estudio histológico y del análisis de AAE y AcTG en medio de cultivo de biopsia duodenal en el diagnóstico precoz de la ESG en familiares de primer grado.

Métodos: Se han incluido 42 familiares de 1er grado (75% del total de familiares evaluables) [23 M, 19 H; edad media 34 años (2-70)] correspondientes a 18 casos índice con EC. Se ha realizado una extracción de 5 ml de sangre total para la determinación de HLA-DQ2 y de AAE y Ac-tTG. Se propuso la realización de biopsia duodenal a todos los familiares DQ2 positivos, independientemente del resultado de la serología y se analizaron los AAE y Ac-TG en el medio de cultivo de biopsia (MCB). La presencia de los alelos DQA1*0501 y DQB1*0201 (DQ2) se determinó por SSP-PCR; los Ac-TG se determinaron mediante ELISA comerciales utilizando TG humana, y los AAE mediante IFI. El diagnóstico de EC se estableció con los criterios de la AGA 2002 y el grado de lesión histológica con la clasificación de Marsh (1992).

Resultados: El 62% de los familiares evaluados (n = 26) fueron DQ2 positivos. Cuatro familiares DQ2 positivos no aceptaron la biopsia y 3 están pendientes de evaluación. Se ha realizado la biopsia en 19 familiares DQ2 positivos [edad media 35,6 años (8-67); 10 M, 9 H]. Se han identificado 7 pacientes con alteraciones compatibles con ESG [5M, 2 H; edad media 30,4 años (23-42); 4 Marsh I y 3 Marsh 3b. Tres pacientes con lesiones Marsh IIIb y 1 paciente Marsh I presentaron marcadores serológicos positivos. Dos pacientes Marsh I presentaron positividad de los Ac en el MCB, mientras que el paciente restante fue negativo para los marcadores séricos y del MCB. Los anticuerpos séricos y del MCB fueron negativos en todos los casos con biopsia normal.

Conclusión: Estos resultados sugieren que en familiares de primer grado, con la estrategia diagnóstica utilizada (tipaje DQ2, estudio histológico y autoanticuerpos específicos en MCB en DQ2 positivos) se identifican el doble de casos de ESG de los que se identificarían utilizando solo la serología.

Estudio parcialmente financiado con una beca de "Iniciació a la Recerca" de la Societat Catalana de Digestologia.

31. RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTIMULACIÓN DE SECRETINA EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PANCREÁTICA DESPUÉS DE PANCREATODUODENECTOMÍA

S. Galter Copa^a, E. Jauregui Juárez^a, A. Moral^b, C. Pérez^c, E. Pérez^a, J.M. Monill^c y A. Farré^a

^aPatología Digestiva Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

^bCirugía General i Digestiva Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

^cRadiodiagnòstic Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

La pancreatoduodenectomía puede originar un deterioro de la función pancreática exocrina y endocrina con las alteraciones metabólicas y nutricionales secundarias. No obstante, es difícil evaluar con tests bioquímicos la función pancreática residual post-quirúrgica.

Objetivo: Estudiar la utilidad de la resonancia magnética colangiopancreática (MRCP) con estimulación de secretina para evaluar los cambios morfológicos y la función pancreática después de una pancreatoduodenectomía.

Materiales y métodos: Se incluyeron 22 pacientes que fueron estudiados con MRCP después de estimulación con secretina. Todos los pacientes se habían sometido a cirugía pancreática entre 1999 y 2002. La función pancreática exocrina y endocrina se evaluó con determinación cuantitativa de grasas en heces (test de Van de Kamer) y test de tolerancia oral a la glucosa respectivamente. Después de la administración de secretina se practicaron secciones repetidas cada 15 segundos y hasta 30 minutos, estudiando la detección de ramas secundarias, estenosis ductales y la anastomosis quirúrgica. La replección yeyunal se objetivó de forma cualitativa.

Resultados: La calidad de la imagen para la visualización del ducto pancreático después de la estimulación con secretina mejora significativamente (60% pacientes). Se hallaron nuevos diagnósticos: pancreatitis crónica (40%), estenosis anastomosis (5%) y recurrencia tumor mucinoso papilar intraductal (5%). La replección yeyunal fue significativamente diferente entre pacientes con test de Van de Kamer positivo y/o esteatorrea, que mostraban una replección yeyunal disminuida (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 92%, 71%, 85% y 83% respectivamente). Se observó una correlación significativa entre la replección yeyunal observada en la MRCP y diabetes y también con la presencia de diarrea, no en cambio con el dolor abdominal.

Conclusiones: La MRCP proporciona información útil sobre la gravedad de la insuficiencia pancreática, ayuda a examinar la anastomosis quirúrgica y a diagnosticar estenosis y recurrencias tumorales.

32. VALORACIÓN PRECOZ DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR. UTILIDAD DEL POTENCIADOR DE SEÑAL ECOGRÁFICO SONOVUE

M. Varela*, R. Vilana**, L. Bianchi**, M.A. García**, C. Nicolau**, M. Sánchez**, C. Ayuso**, M. Sala*, J.M. Llovet*, C. Bru** y J. Bruix*

*Hepatología Hospital Clínic, Barcelona,

**Radiodiagnòstic Hospital Clínic, Barcelona.

Dr. Jordi Bruix en representación de "BCLC"

Introducción: Un 20% de los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) se benefician de tratamiento percutáneo mediante inyección de etanol (IE) o radiofrecuencia (RF). La técnica de referencia para valorar la eficacia terapéutica es la Tomografía Computarizada (TC) helicoidal al mes, que identifica la viabilidad tumoral como zonas de hipercaptación vascular en la lesión tratada. Ello implica una demora en la evaluación de la eficacia y prolonga el tratamiento. La reciente aparición de un nuevo contraste ecográfico basado en una solución estable de microburbujas (SF6, Sonovue) permite potenciar la señal ultrasónica y por tanto, definir la vascularización tumoral. Contrariamente a la TC, la ecografía con SonoVue (US-SF6) requiere mínima invasividad, no posee efectos secundarios y puede efectuarse inmediatamente tras el tratamiento. Por ello, se ha propuesto la US-SF6 como técnica óptima para evaluar la eficacia terapéutica de forma precoz.

Objetivo: Determinar la eficacia de la US-SF6 en la valoración del tratamiento percutáneo del CHC en comparación con la TC, tanto de forma inmediata como al mes del tratamiento.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 41 pacientes cirróticos consecutivos con CHC en fase inicial (33 únicos ≤ 3 cm, 1 único 3,1 – 5 cm y 7 con ≤ 3 nódulos ≤ 3 cm, con un diámetro medio de 22,5 mm), no tributarios de resección quirúrgica y no tratados previamente. Edad media 64 años, 61% varones, 85% VHC +, 69% Child-Pugh A. 36 recibieron IE y 5 RF. A todos se les practicó una US-SF6 y una TC helicoidal antes del tratamiento, a las 24 h y al mes. Los hallazgos de cada exploración se compararon con la TC al mes, la cual constituye la técnica de referencia.

Resultados: La tasa de respuesta completa al tratamiento percutáneo de acuerdo con la TC al mes fue de 73%. La sensibilidad de la

US-SF6 y de la TC a las 24 horas para detectar enfermedad residual fue de 27% y de 20%, respectivamente. Asimismo el valor predictivo positivo de la detección de vascularización persistente por US-SF6 y TC fue de 75% y de 66%. Por contra, al mes del tratamiento, la US-SF6 detecta 10/11 casos con persistencia tumoral identificados en la técnica de referencia (sensibilidad 91%, especificidad 97% y rentabilidad diagnóstica 95%).

Conclusiones: La TC y la US-SF6 a las 24 h del tratamiento poseen escasa utilidad para valorar la eficacia terapéutica, por lo que la indicación de retratamiento, basada en la detección de hipercaptación residual en este momento, no puede establecerse de forma sistemática. Sin embargo, la US-SF6 al mes posee una rentabilidad diagnóstica cercana al 100% y puede sustituir a la TC en la valoración convencional de la respuesta al tratamiento.