

- blind randomized echo-Doppler study. *Hepatology*. 1995;21: 134-9.
5. Scalione G, Pietrini F, Russo MR, et al. Long-acting octreotide as rescue therapy in chronic bleeding from gastrointestinal angiomyxoma. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26:935-42.
  6. Bauditz J, Lochs H. Angiogenesis and vascular malformations: angiogenic drugs for treatment of gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2007;13:5979-84.
  7. Ozawa CB, Banfi A, Glazer NL, et al. Microenvironmental VEGF concentration, not total dose determines a threshold between normal and aberrant angiogenesis. *J Clin Invest*. 2004; 113:516-27.
  8. Junquera F, Saperas E, De Torres I, et al. Increased expression of angiogenic factors in human colonic angiomyxoma. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:1070-6.
  9. Martí HH, Risau W. Systemic hypoxia changes the organ-specific distribution of vascular endothelial growth factor and its receptors. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95:15809-14.
  10. Danesi R, Tacca M. Effects of somatostatin analogue octreotide on angiogenesis in vitro. *Metabolism*. 1996;45:49-50.



Localizador web  
Artículo 254.982

## UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA IDIOPÁTICA

**Sr. Director:** En el artículo publicado por Repiso et al<sup>1</sup> sobre el empleo de la ecoendoscopia en el diagnóstico etiológico de la pancreatitis aguda se concluye que es una técnica útil en las pancreatitis idiopáticas que presentan elevación de transaminasas y/o tienen vesícula in situ. Nos parece interesante que se plantee el empleo de esta técnica diagnóstica como una de las herramientas de primera elección ante la aparente ausencia de etiología en un episodio de pancreatitis aguda. Sin embargo, nos gustaría discutir algunos de los aspectos que la lectura de dicho trabajo nos ha sugerido. En primer lugar, los autores parecen emplear los criterios de Ranson como escala de clasificación de las pancreatitis. Esta escala, al igual que la modificada de Imrie-Glasgow o el APACHE, fue descrita como escala de valor pronóstico<sup>2,3</sup>. Es más acertado emplear la Clasificación de Atlanta, como ya se ha señalado en la publicación de guías internacionales y sus revisiones realizadas por participantes pertenecientes a múltiples especialidades<sup>4,5</sup>. En segundo lugar, no tenemos claro el protocolo diagnóstico que siguen los autores para averiguar la causa de la pancreatitis. Cuando se refieren a técnicas de imagen habituales, ¿incluyen la tomografía computarizada (TC)? En sus resultados, Repiso et al incluyen 2 casos de neoplasias pancreáticas. Nos preguntamos si estos pacientes estaban incluidos entre los 54 a quienes se practicó TC o entre los 13 a quienes se realizó una colangiografía por resonancia magnética. En cuanto a la rentabilidad del diagnóstico etiológico con ecoendoscopia, resulta evidente en los casos de la detección de un tumor pancreático, pero resulta más evidente todavía desde un punto de vista cuantitativo en los casos de detección de litiasis o barro biliar, ya que su diagnóstico permitiría indicar una colecistectomía terapéutica que disminuya de manera significativa la posibilidad de futuros brotes. Esto explicaría los resultados obtenidos por los autores en cuanto a una menor recurrencia de episodios de pancreatitis en los pacientes en quienes se obtuvo un diagnóstico etiológico por ecoendoscopia, y se supone siguieron de una colecistectomía, aunque no ha quedado especificado en sus resultados. Sin embargo, esta diferencia quizás no resultaría significativa si no se hubiera incluido en el grupo carente de diagnóstico etiológico por ecoendoscopia a los pacientes en quienes el único diagnóstico ecoendoscópico fue el de pancreatitis crónica, exclusión que, por otro lado no resulta muy comprensible si se tiene en cuenta que ésta es una causa de brotes agudos de pancreatitis recurrente. Por último, los autores no especifican si toman muestra de aspirado duodenal al realizar la ecoendoscopia para descartar la presencia de microcristales de sales biliares. En nuestra experiencia, esta prueba ha sido útil para indicar colecistectomía en algunos de nuestros pacientes.

La ecoendoscopia tiene utilidad para diagnosticar la presencia de litiasis o barro biliar no advertida por ecografía transparietal, anomalías anató-

micas, como el páncreas divisum, o neoplasias pancreáticas. Cuando no se tienen fácil acceso a dicha prueba, como ocurre en nuestro hospital, puede recurrirse a la TC helicoidal y a la colangiografía por resonancia magnética que, junto con el sondaje duodenal en casos seleccionados, permiten obtener también una etiología plausible en la mayoría de las pancreatitis idiopáticas, la cual suele ser biliar y proponer, así, un tratamiento adecuado.

FRANCISCO JOSÉ MORERA OCON  
Servicio de Cirugía. Hospital General de Requena. Requena. Valencia. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Repiso Ortega A, Gómez-Rodríguez R, González de Frutos C, De la Cruz Pérez G, Navajas J, Pérez Grueso J, Carboles JM. Utilidad de la ecoendoscopia en el diagnóstico etiológico de los pacientes con pancreatitis aguda idiopática. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:207-12.
2. Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1974;139:69-81.
3. Ranson JHC. Diagnostic standards for acute pancreatitis. *World J Surg*. 1997;21:136-42.
4. UK Working Party on acute pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*. 2005;54:1-9.
5. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, Bassi C, McKay CJ, Lankisch PG, et al. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2002;2:565-73.

Localizador web  
Artículo 258.769

## RÉPLICA

**Sr. Director:** Estimados compañeros, agradecemos el interés mostrado por el artículo «Utilidad de la ecoendoscopia en el diagnóstico etiológico de los pacientes con pancreatitis aguda idiopática»<sup>1</sup>. La lectura detallada de la «discusión» y «material y métodos» de nuestro trabajo estamos seguros permitirá aclarar muchas de sus dudas. En primer lugar, como ya referimos en el texto original incluimos en el estudio a pacientes «en los que tras la realización de historia clínica, exploración física, estudios analíticos y ecografía abdominal habían sido diagnosticados de pancreatitis aguda idiopática». La decisión de realizar una tomografía computarizada (TC) abdominal dependió del médico responsable de cada paciente en función de ciertos criterios, como la confirmación del diagnóstico de pancreatitis aguda en los casos dudosos, la valoración de su gravedad y/o la sospecha de complicaciones locales<sup>2,3</sup>. Cuando la única intención de la exploración fue establecer un diagnóstico etiológico, con frecuencia se planteó la realización de la ecoendoscopia tras la ecografía abdominal en consonancia con lo señalado en recientes guías clínicas internacionales<sup>3</sup>, antes incluso que la TC abdominal. A este respecto, y aunque nuestro estudio no fue diseñado para comparar técnicas diagnósticas, en los 5 pacientes en quienes se obtuvo un diagnóstico etiológico por TC abdominal, estas exploraciones fueron realizadas siempre tras la ecoendoscopia, y en todos los casos se trataban de hallazgos descritos previamente por ecoendoscopia, incluido el paciente con el diagnóstico final de tumor mucinoso papilar intraductal, el tumor sólido pancreático, un paciente con colelitiasis y 2 con pancreatitis crónica. De igual modo, en los cuatro pacientes en los que se obtuvo un diagnóstico etiológico mediante colangiografía por resonancia magnética, estas exploraciones se realizaron tras la ecoendoscopia, en 2 pacientes se trataba de hallazgos descritos previamente por ecoendoscopia (el tumor mucinoso papilar intraductal y una coledocolitiasis) y en 2 pacientes se describió la existencia de un páncreas divisum no identificado por ecoendoscopia. En segundo lugar, al igual que otros autores<sup>4</sup>, se decidió excluir a los pacientes en quienes el único hallazgo ecoendoscópico fue la presencia de pancreatitis crónica, pues no queda claramente establecido si esta entidad se trata realmen-

te de la causante de los procesos inflamatorios agudos, o más bien la consecuencia de otro factor etiológico, que perpetuado, podría causar cambios permanentes en el parénquima pancreático. Sin embargo, los resultados, incluidos los de estos pacientes, se muestran en la tabla I del texto original (la pancreatitis crónica fue el único hallazgo ecoendoscópico en 13 pacientes (18%); al incluir estos pacientes con pancreatitis crónica, se hizo algún diagnóstico ecoendoscópico en 42 pacientes (57%). En tercer lugar, como queda claramente documentado en nuestra serie, la gran utilidad de la ecoendoscopia en el diagnóstico etiológico de los pacientes con pancreatitis aguda idiopática es la posibilidad de identificar microlitiasis o pequeñas cantidades de barro biliar no visibles por otras técnicas y, como bien se indica en el texto, en los pacientes con colelitiasis y/o barro biliar ser intervenidos quirúrgicamente con realización de colecistectomía, lo que efectivamente explica la menor recurrencia de nuevos episodios de pancreatitis aguda en los que se obtuvo un diagnóstico etiológico por ecoendoscopia. Por último, la pauta de actuación en el diagnóstico etiológico de los pacientes con pancreatitis aguda idiopática quedará influenciada en gran medida por la experiencia y la disponibilidad en cada centro. Una posible pauta de actuación podría ser la propuesta por estos autores con la realización de una TC abdominal y una colangiografía por resonancia magnética. Sin embargo, en ausencia de trabajos prospectivos y controlados que comparen esta última técnica con la ecoendoscopia en esta indicación, es probable que no se traten de técnicas totalmente excluyentes<sup>5</sup>. La colangiografía por resonancia magnética permitiría una mejor caracterización de las alteraciones anatómicas de los conductos biliopancreáticos, y la ecoendoscopia la identificación de pequeñas litiasis no visibles por otras técnicas. Por tanto, consideramos que los pacientes con pancreatitis aguda sin un claro factor etiológico en los

centros en que no se dispone de ecoendoscopia se beneficiarán de ser remitidos a centros con experiencia en la técnica.

ALEJANDRO REPISO ORTEGA Y RAFAEL GÓMEZ RODRÍGUEZ  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.  
España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Repiso Ortega A, Gómez-Rodríguez R, González de Frutos C, De la Cruz Pérez G, Navajas J, Pérez-Grueso J, et al. Utilidad de la ecoendoscopia en el diagnóstico etiológico de los pacientes con pancreatitis aguda idiopática. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31:207-12.
2. Banks PA, Feeman ML. Practice parameters of Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2379-400.
3. Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee; AGA Institute Governing Board. AGA Gastroenterology. 2007;132:2022-44.
4. Yusoff IF, Raymond G, Sahai AV. A prospective comparison of yield of EUS in primary vs. recurrent idiopathic acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:673-8.
5. Draganov P, Forsmark CE. «Idiopathic» pancreatitis. *Gastroenterology*. 2005;128:756-63.