

**Objetivo:** Analizar la evolución y aparición de complicaciones locales en pacientes con Pancreatitis Aguda (PA) en función de la presencia o no de CSI transitorias o permanentes.

**Métodos:** Se han recogido prospectiva y consecutivamente todos los pacientes con un primer episodio de PA entre enero de 2000 y diciembre de 2007; se han excluido aquellos con pancreatitis crónica o episodios recurrentes de PA. Se ha analizado la edad, sexo, etiología, presencia de CL o CS siguiendo la clasificación de Atlanta, ingreso en UCI, tiempo de estancia media hospitalaria y mortalidad. Se definió CSI transitoria (CSIT) como la presencia de fallo orgánico al ingreso, que se resuelve en las primeras 48 horas, mientras que CSI permanente (CSIP) como aquel fallo orgánico que aparece en la primera semana y dura más de 48 horas.

**Resultados:** De los 776 episodios de PA estudiadas, 536 tenían etiología biliar, 98 alcohólica y 142 misceláneas. En 98 pacientes se ha detectado una o más CSI (48 fallo renal, 64 insuficiencia respiratoria, 24 shock y 7 hemorragia digestiva). Fallecieron 25 pacientes (3,2%), de los cuales 18 exitus (72%) ocurrieron en la primera semana y 9 de ellos (36%) en las primeras 48 horas. La tabla muestra el número de CL, ingreso en UCI y mortalidad en pacientes CSI, pacientes con CSIT y aquellos con CSIP (se han excluido los 9 pacientes que fallecieron en las primeras 48 horas).

Existe una asociación significativa de las CSIP con todas las CL, ingreso UCI y mortalidad ( $p < 0,001$ ). Los pacientes con CSIT desarrollaron más frecuentemente CL que aquellos sin CSI, pero sólo la presencia de necrosis alcanzó significatividad estadística ( $p < 0,05$ ). Los pacientes sin CSI eran más jóvenes ( $p < 0,05$ ) que aquellos con CSIT o CSIP. La estancia media hospitalaria fue más prolongada en los que presentaron CSIP que en CSIT o sin CSI.

**Conclusiones:** Los pacientes con CSIP presentaron más CL y mayores tasas de mortalidad; a pesar de que la presencia de CSIT no influye en la mortalidad, sí que está asociada a un mayor número de necrosis pancreática.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.010

## Endoscopia-páncreas

### EFICACIA DE LA ELASTOGRAFÍA ECOENDOSCÓPICA DE 2ª GENERACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA ELASTICIDAD TISULAR

J. Iglesias García<sup>a,b</sup>, J. Lariño Noia<sup>a,b</sup>, J.E. Domínguez Muñoz<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago

<sup>b</sup>Fundación para la Investigación en Enfermedades del Aparato Digestivo

**Introducción:** La elastografía ecoendoscópica (EE) permite analizar el grado de elasticidad tisular durante una ecoendoscopia estándar. La elastografía de segunda generación, al contrario que la valoración subjetiva de la de primera generación, permite realizar un análisis cuantitativo de la elasticidad tisular. El **objetivo** del estudio fue evaluar la eficacia de la EE de 2ª generación en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas de páncreas.

**Métodos:** Se incluyeron prospectiva y consecutivamente 57 pacientes (edad media 60 años, 32–84 años, 41 varones), sometidos a una USE para la evaluación de lesiones sólidas de páncreas. La EE fue realizada bajo sedación consciente mediante el equipo lineal de Pentax (EG 3830 UT) y el Hitachi EUB 900. Se seleccionaron 2 áreas diferentes (A y B) de la región de interés para el análisis elastográfico cuantitativo: Área A es representativa de la lesión y

B se refiere a una zona blanda de referencia. El cociente B/A (coeficiente de elasticidad) se considera como resultado. Se realizó punción guiada por ecoendoscopia en todos los casos para diagnóstico citológico. Los resultados se muestran como media y 95%IC, y comparados mediante t-student. La eficacia diagnóstica para la detección de malignidad se calculó tras dibujar la correspondiente curva ROC.

**Resultados:** El tamaño medio de las lesiones pancreáticas fue  $29,7 \pm 10,1$  mm (media  $\pm$  DS). Las lesiones se localizaban en la cabeza del páncreas en 44 pacientes, en el cuerpo en 10 y en la cola en 3. El diagnóstico final fue de cáncer de páncreas (CP) en 32 pacientes y de masa inflamatoria (MI) en 25 pacientes. El coeficiente de elasticidad fue 16,62 (95%IC 7,26–30,64) en CP y 3,46 (95%IC 1,3–12,6) en MI ( $p < 0,001$ ). La sensibilidad y especificidad del coeficiente de elasticidad de la EE para detectar malignidad fue del 100% y 92%, respectivamente (punto de corte 5,85). El valor elastográfico de la lesión (área A) fue 0,02 (95%IC 0,01–0,05) en CP y 0,22 (95%IC 0,03–0,49) en MI ( $p < 0,001$ ). El área bajo la curva ROC para detectar malignidad mediante el análisis del valor elastográfico de A (AUC = 0,944) fue algo mayor que el obtenido mediante el análisis del coeficiente de elasticidad (cociente B/A) (AUC = 0,910).

**Conclusión:** La EE de 2ª Generación es una herramienta muy útil en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólidas de páncreas. Permite realizar una evaluación cuantitativa y objetiva de la elasticidad tisular, y por ello aporta información adicional para la detección de malignidad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.011

### ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO, SOBRE LA UTILIDAD DE LAS PRÓTESIS ENTÉRICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN GASTRODUODENAL POR NEOPLASIA

C. Dolz<sup>a</sup>, P. Gonzalez Carro<sup>b</sup>, F. Gonzalez Huix<sup>c</sup>, J. Espinós<sup>d</sup>, S. Santolaria<sup>e</sup>, A. Vilella<sup>a</sup>, F. Pérez Roldán<sup>b</sup>, M. Figa<sup>c</sup>, C. Loras<sup>d</sup>, S. Lorente<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Digestivo H, Son Llàtzer, Palma de Mallorca

<sup>b</sup>Digestivo H, La Mancha Centro, Alcazar de S, Juan

<sup>c</sup>Digestivo H, Joseph Trueta, Girona

<sup>d</sup>Digestivo, H. Mutua de Terrassa

<sup>e</sup>Digestivo, H. San Jorge, Huesca

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de las prótesis entéricas en el tratamiento de la obstrucción gastroduodenal por neoplasias irresecables o inoperables. Estudiar el efecto de este tratamiento sobre la calidad de vida y la supervivencia. Determinar los factores que influyen sobre la eficacia y las complicaciones.

**Pacientes:** Se incluyeron 77 pacientes, en 6 no fue posible colocar la prótesis. En los 71 restantes (31 varones, 40 mujeres), tenían una edad de  $73,10 \pm 12,4$  años. El carácter de la indicación fue: definitiva 63,4%, adyuvante con quimioterapia 35,2% y puente a la cirugía: 1,4%. El índice de Karnofsky fue  $64,86 \pm 12,9$ .

**Métodos:** Se utilizaron prótesis metálicas descubiertas expandibles: Wallflex 76,1%, Wallstent 16,9%, Ultraflex 7% (Boston Scientific). Se colocaron mediante control combinado endoscópico-radiológico en 50,7% y endoscópico únicamente en 49,3% de los casos. Se utilizó el índice clínico GOOSS para valorar la eficacia de la prótesis y el cuestionario EuroQol-5D para determinar la calidad de vida.

**Resultados:** Localización de la obstrucción fue: gástrica 25,4%, duodenal 53,5%, anastomosis quirúrgica 21,1%. El tiempo empleado en la colocación fue  $20,49 \pm 8,6$  min. La duración del ingreso