

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](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.010)

Endoscopia-páncreas

EFICACIA DE LA ELASTOGRAFÍA ECOENDOSCÓPICA DE 2^A GENERACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES SÓLIDAS PANCRÉATICAS: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA ELASTICIDAD TISULAR

J. Iglesias García^{a,b}, J. Lariño Noia^{a,b}, J.E. Domínguez Muñoz^{a,b}

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago

^bFundación 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 2^a 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 2^a 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](https://doi.org/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^a, P. González Carro^b, F. González Huix^c, J. Espinós^d, S. Santolaria^e, A. Vilella^a, F. Pérez Roldán^b, M. Figa^c, C. Lorras^d, S. Lorente^e

^aDigestivo H, Son Llàtzer, Palma de Mallorca

^bDigestivo H, La Mancha Centro, Alcazar de S, Juan

^cDigestivo H, Joseph Trueta, Girona

^dDigestivo, H. Mutua de Terrassa

^eDigestivo, 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 GOOS 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

hospitalario fue $3,3 \pm 3,4$ días. Los síntomas de obstrucción gastroduodenal medidos mediante el GOOSS mejoraron al menos 2 puntos en 57 pacientes ($p < 0,000$). El índice de calidad de vida (Cuestionario EuroQol-5D) antes y después fue de $10,17 \pm 2,07$ y $10,04 \pm 2,65$ respectivamente. La localización antral-gástrica de la lesión se relacionó de forma significativa con una menor funcionalidad de la prótesis ($p < 0,002$). Los pacientes en que no se utilizó control radiológico no presentaron mayor número de complicaciones ni mayor duración del procedimiento, pero requirieron mayor número de dilataciones ($p < 0,005$). La supervivencia media fue de $116,52 \pm 119,0$ días (rango 9–552 días). Las complicaciones fueron: hemorragia 7,0%, obstrucción tumoral tratada quirúrgicamente 2,8%, perforación 2,8%, dolor intenso 2,8%. Apareció obstrucción de la prótesis por crecimiento tumoral con necesidad de colocar una segunda prótesis 14,1%.

Conclusiones: Las prótesis entéricas son eficaces en la paliación de la obstrucción al vaciamiento gástrico en la neoplásica gastroduodenal, aunque no mejoran la calidad de vida. La localización antral-gástrica de la lesión se relaciona con una menor eficacia. La colocación sin control radiológico consigue tasas similares de funcionalidad y seguridad, aunque requiere mayor número de dilataciones previas.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.012](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.012)

ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO COMPARANDO ESCLEROSIS CON ADRENALINA FRENTE A ADRENALINA ASOCIADA A GAS ARGÓN EN PACIENTES CON HDA POR ÚLCERA PÉPTICA CON SANGRADO ACTIVO O VASO VISIBLE NO SANGRANTE

J.R. Aparicio, J. Martínez, L. Gómez-Escolar, G. Soler, F. Ruiz, G. Alonso, J.A. Casellas

Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La úlcera péptica representa la causa más frecuente de HDA. En pacientes con sangrado activo o vaso visible, el riesgo de resangrado es muy alto. La esclerosis con adrenalina constituye uno de los tratamientos endoscópicos más usados debido a su bajo coste y fácil disponibilidad. No obstante, hasta un 24% de los pacientes tratados con adrenalina resangran. El gas argón permite realizar electrocoagulación sin contacto directo con la mucosa, lo que permite su aplicación de forma tangencial a la lesión.

Objetivos: Comparar la eficacia de la esclerosis con adrenalina (Grupo I) frente al tratamiento combinado de adrenalina con gas argón (Grupo II) en la hemostasia inicial y recidiva hemorrágica en pacientes con HDA por úlcera péptica Forrest I y IIa. Como objetivos secundarios se evaluaron las necesidades transfusionales, necesidad de cirugía, exitus y estancia hospitalaria en ambos grupos.

Métodos: Ensayo clínico abierto randomizado aprobado por el comité de ensayos clínicos. Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con HDA por úlcera péptica Forrest I o Forrest IIa en la endoscopia urgente realizada en las primeras 24 horas del ingreso. Se excluyeron pacientes menores de 18 años, mujeres embarazadas y pacientes anticoagulados o con coagulopatía grave. Los pacientes fueron randomizados en el momento de la endoscopia mediante una lista de números aleatorios.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (39 en el grupo I y 38 en el grupo II) (59 hombres y 18 mujeres) con una edad media (SD) de $59,6 (17,2)$ años. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, localización de la úlcera, presencia de shock al ingreso, enfermedades concomitantes, consumo de AINEs y valores

de hemoglobina y hematocrito al ingreso. Sin embargo en el grupo I había más pacientes con sangrado activo: 56,4% vs 28,9%, $p = 0,015$. El tanto por ciento de hemostasia inicial fue del 100% en ambos grupos. El tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue significativamente mayor en los pacientes del grupo I frente a los pacientes del grupo II: 20,5% vs 5,3%, $p = 0,047$. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a necesidad de transfusión: 61,5% vs 63,2%, $p = 0,8$; necesidad de cirugía: 2,6% vs 2,6%, $p = 0,98$; exitus: 5,1% vs 2,6%, $p = 0,6$; días de ingreso: 8,1 (6,7) vs 7,7 (4,1), $p = 0,8$ y complicaciones del tratamiento: 2,6% vs 2,6%, $p = 0,9$. Estratificando por grupos en función del estigma de riesgo de resangrado se observa como en los pacientes con sangrado activo (Forrest Ia y IIa) ($n = 33$) el tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue similar en ambos grupos: 9,1% vs 9,1%, $p = 1$; en cambio en los pacientes con vaso visible ($n = 44$), el tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue significativamente mayor en el grupo I: 35,3% vs 3,7%, $p = 0,005$.

Conclusiones: El tratamiento combinado con esclerosis con adrenalina y gas argón reduce significativamente el riesgo de resangrado en pacientes con HDA por úlcera péptica con vaso visible.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.013](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.013)

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES POST-COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE): ¿ES EL GRADO DE INVASIÓN TERAPÉUTICA DETERMINANTE DEL PORCENTAJE DE COMPLICACIONES MAYORES?

C. Huertas Nadal, M. Figa Francesch, M. Pérez Contreras, F. González-Huix

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Josep Trueta, Girona

Introducción: La identificación de factores predictivos de complicaciones tras la realización de una CPRE es de considerable interés clínico. En los últimos años se ha descrito un descenso en la tasa de complicaciones a pesar del aumento progresivo del número de procedimientos terapéuticos invasivos.

Objetivo: Definir los factores predictores e incidencia de complicaciones mayores y pancreatitis post-CPRE en relación con el grado de invasión del procedimiento.

Pacientes y métodos: Desde septiembre de 1998 se registraron prospectivamente las CPRE realizadas incluyendo datos de filiación, indicación, parámetros bioquímicos, medicación administrada, procedimiento terapéutico, diagnóstico endoscópico y complicaciones. La CPRE fue considerada diagnóstica (D-CPRE), terapéutica (T-CPRE) (papilotomía estándar, precut o transpancreática) o terapéutica invasiva (I-CPRE) (extracción de cálculos y/o colocación de stent u otro procedimiento invasivo). Las complicaciones menores (dolor abdominal, inyección submucosa y sangrado auto-limitado) y mayores (colangitis, hemorragia, pancreatitis y perforación) fueron registradas durante los 7 días subsiguientes al procedimiento. Las variables significativas en el análisis univariante para complicaciones mayores y pancreatitis fueron incluidas en un análisis de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 2138 CPRE realizadas en un único centro (mujeres 52,2%; edad media: $72,5 \pm 14,2$ años) de las cuales 3,5% fueron D-CPRE, 27,4% T-CPRE y 69,1% I-CPRE (35,2% extracción de cálculos, 32,9% extracción de cálculos+stent, 31,7% stent). Se realizó esfinterotomía en un 92,7% de los casos (estándar 73,1%, precut 18,1%, 1,4% transpancreática). 94 pacientes (4,4%)