

hospitalario fue $3,3 \pm 3,4$ días. Los síntomas de obstrucción gastro-duodenal 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 neoplasia 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

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. Ruíz, 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 Ib) ($n = 33$) 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

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 autolimitado) 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%)

presentaron complicaciones mayores (pancreatitis 1,3%, colangitis 0,8%, perforación duodenal 1%, hemorragia 1,1%) y 173 menores (8%) (dolor abdominal 2,1%, sangrado leve 2,6%, fiebre 1%, otras 2,3%). 29 pacientes tuvieron más de una complicación. Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones mayores fueron: Freeman score > 1 (OR 3,12; IC 95%: 1,68–5,8; $p = 0,001$) y T-CPRE (OR 1,75; IC 95%: 0,99–3,07; $p = 0,05$). Los factores de riesgo para pancreatitis fueron: invasión ductal pancreática (opacificación o pase de la guía) (OR 5,23; IC 95%: 2,02–13,53, $p = 0,001$), Freeman score > 1 (OR 3,13; IC 95%: 1,34–7,28; $p = 0,008$), edad < 70 años (OR 2,32; IC 95%: 1,09–4,9; $p = 0,028$), y T-CPRE (OR 2,3; IC 95%: 1,1–5; $p = 0,027$). El subanálisis por el tipo de esfinterotomía (estándar vs precut) no modificó los resultados.

Conclusion: Una menor complejidad de canulación (Freeman < 2) y la preservación de la indemnidad ductal pancreática disminuyen la probabilidad de desarrollar complicaciones mayores o pancreatitis tras la CPRE. La realización de papilotomía, pero no de procedimientos terapéuticos invasivos (extracción de litiasis y/o colocación de stents), incrementa el riesgo de complicaciones post-CPRE.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.014

LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (EUS) PANCREÁTICA PREDICE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) Y LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA (PC)

J.E. Domínguez Muñoz^{a,b}, A. Álvarez Castro^{a,b}, J. Lariño Noia^{a,b}, L. Nieto^b, J. Iglesias García^{a,b}

^aServ. Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago
^bFundación para la Investigación en Enfermedades de Aparato Digestivo

Introducción: La valoración funcional del páncreas exocrino está limitada por invasividad y/o dificultades metodológicas. La USE consigue obtener imágenes de alta definición de los conductos y del parénquima pancreático. Nuestra hipótesis es que el número de criterios USE de PC y/o algunos hallazgos específicos de la USE pueden aportar información sobre la posibilidad de tener una IPE y la necesidad de tratamiento enzimático sustitutivo. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la probabilidad de IPE (definida como maldigestión requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo) en función del número total de criterios USE y/o de la presencia de determinados criterios USE específicos en pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 128 pacientes (edad media 52 años, rango 27–81, 104 hombres y 7 mujeres) diagnosticados de pancreatitis crónica en función de los hallazgos de CPRE y CPRM. La presencia de IPE fue evaluada mediante el test de aliento con triglicéridos marcados con ¹³C, previamente optimizado por nuestro grupo. IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo fue definida como una recuperación total acumulada de ¹³CO₂ < 57%. La USE fue realizada bajo sedación consciente mediante equipo lineal PENTAX EG-3870UTK e Hitachi 8500 por dos ecoendoscopistas expertos que eran ciegos para los resultados del test de función pancreática. Se evaluaron los diez diferentes criterios aceptados para el diagnóstico de pancreatitis crónica por USE (5 ductales y 5 parenquimatosos). Los datos se muestran como media y OR (95%IC), y analizados mediante t-student y análisis de regresión logística.

Resultados: 48 pacientes (37,5%) presentaron IPE. Los pacientes con IPE mostraron un mayor número de criterios USE

parenquimatosos (3,6 vs 3,0; $p < 0,001$), ductales (3,7 vs 2,5; $p < 0,001$) y totales (7,4 vs 5,6; $p < 0,001$). La probabilidad de presentar IPE en un modelo logístico se define mejor por la presencia de calcificaciones parenquimatosas (OR = 3,1; 95%CI: 1,2–8,5), litiasis ductal (OR = 4,2; 95%CI: 1,3–13,1) y dilatación del conducto pancreático principal (OR = 3,6; 95%CI: 1,2–10,5). La probabilidad de sufrir una IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con los 3 criterios es del 84%, mientras que es solo del 8% cuando ninguno de ellos está presente.

Conclusiones: La presencia en la USE de calcificaciones parenquimatosas y ductales, junto con una dilatación del conducto pancreático principal permite predecir la probabilidad de IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con PC. Esto puede ser clínicamente relevante en centros que no dispongan de test funcionales.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.015

PAPEL DE LA INMUNOCITOQUÍMICA EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES EVALUADAS POR PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF)

F. Junquera^a, N. Combalia^b, M. Miquel^a, R. Orellana^b, E. Brullet^a, S. Fernández^b, E. Martínez-Bauer^a, M. Gallach^a, X. Calvet^a, R. Campo^a

^aCIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo

^bServicio de Patología, Corporación Parc Taulí, Sabadell

El análisis inmunocitoquímico de las muestras obtenidas por USE-PAAF a veces es necesario para llegar a un diagnóstico. Sin embargo no existen estudios sistemáticos que hayan evaluado el impacto diagnóstico de esta técnica.

Objetivo: Investigar la utilidad clínica, la frecuencia y el tipo de marcadores inmunocitoquímicos utilizados en las muestras obtenidas mediante USE-PAAF.

Pacientes y métodos: Estudio unicéntrico prospectivo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes a los que se le practicó una USE-PAAF utilizando agujas de 22G y 19G. Los especímenes obtenidos fueron evaluados por un citopatólogo in situ. Se practicó estudio inmunocitoquímico cuando este fue necesario para llegar a un diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes. La USE-PAAF logró el diagnóstico las lesiones en 98% de los casos. Se precisó análisis inmunocitoquímico en 29 de 125 pacientes (24%) para llegar a un diagnóstico. Se utilizaron diferentes paneles de marcadores inmunocitoquímicos: no-epiteliales (C-kit, CD 34, S-actina, vimentina, desmina, enolasa y proteína S-100), neuroendocrinos (CD 56, sinaptofisina, cromogranina, gastrina, glucagón, insulina), receptores hormonales (estrógenos, progesterona), epiteliales (Citoqueratinas: Cam 5.2, 7 y 20) y TTF-1, y linfoides (CD3, CD5, CD 15, CD 30, CD 20, CD 79a). Tras el análisis inmunocitoquímico el diagnóstico final fue: 10 GIST gástricos, 1 leiomioma gástrico, 6 tumores neuroendocrinos (1 MEN tipo I), 2 procesos linfoproliferativos (1 linfoma de Hodgkin y 1 linfoma B difuso), 3 carcinoma pulmonar pobremente diferenciados de célula no pequeña, 1 carcinoma escamoso pulmonar, 2 adenocarcinomas pulmonares, 3 linfadenopatías metastásicas (de mama, pulmón y colon) y 1 endometriosis rectosigmoide.

Conclusión: La inmunocitoquímica es necesaria en el 24% de los pacientes sometidos a USE-PAAF para alcanzar un diagnóstico