

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](https://doi.org/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. Alvarez 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](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.015)

PAPEL DE LA INMUNOCITOQUÍMICA EN EL DIAGNÓSTICO 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 inmunocitoquímica 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, sinaptosina, cromogranina, gastrina, glucagón, insulina), receptores hormonales (estrógenos, progesterona), epiteliales (Citoqueratinas: Cam 5.2, 7 y 20) 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 poco diferenciados de célula no pequeña, 1 carcinoma escamoso pulmonar, 2 adenocarcinomas pulmonares, 3 linfadenopatías metastásicas (de mama, pulmón y colon) y 1 endometriosis rectosigmoidal.

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