



# Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



## XII Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología Madrid, 12-14 de marzo de 2009

### SESIÓN PÓSTER

#### Endoscopia

#### ANÁLISIS MOLECULAR DE EGFR Y KRAS EN MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP)

O. Sendino<sup>a</sup>, V. Alonso-Espinaco<sup>a</sup>, M. Pellisé<sup>a</sup>, M. Solé<sup>b</sup>, J. Muñoz<sup>a</sup>, G. Fernández-Esparrach<sup>a</sup>, L. Colomo<sup>b</sup>, J. Llach<sup>a</sup>, A. Castells<sup>a</sup>, S. Castellví-Bel<sup>a</sup>, A. Ginès<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, ICMDM

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, CDB. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona

**Introducción:** La presencia de mutaciones somáticas en los exones 18-21 del gen del receptor del factor de crecimiento epitelial (*EGFR*) es un factor predictivo de respuesta al tratamiento con inhibidores de la tirosinquinasa (TKIs) en pacientes con CPCNP. Por otra parte, la presencia de mutaciones del gen *KRAS* empeora la respuesta a dichos fármacos. La detección de estas mutaciones permitiría seleccionar el grupo de pacientes con mayor probabilidad de respuesta a los TKIs.

**Objetivo:** Evaluar la viabilidad del análisis molecular de *EGFR* y *KRAS* en muestras de adenopatías mediastínicas obtenidas por USE-PAAF en pacientes con CPCNP.

**Metodología:** La USE-PAAF se realizó bajo sedación consciente y con la técnica habitual. Las muestras fueron evaluadas por un citopatólogo in situ y se procesaron posteriormente de la manera convencional para estudio citológico. Se aisló el ADN y el ARN, procediéndose al análisis mutacional de *EGFR* (exones 18, 19, 20 y 21) y *KRAS* por secuenciación y a la valoración de la expresión de *EGFR* por RT-PCR a tiempo real.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes con CPCNP y adenopatías mediastínicas remitidos para USE-PAAF. Todas las muestras obtenidas fueron suficientes para realizar las técnicas de laboratorio. Sólo se detectó una mutación de *EGFR* (del E746-A750) en el exón 19 en un paciente con citología positiva. No se identificó ninguna mutación del gen *KRAS*. Se observó una sobreexpresión del

gen *EGFR* en 9 pacientes, 7 de ellos con metástasis ganglionares por USE-PAAF.

**Conclusiones:** El material obtenido por USE-PAAF de adenopatías mediastínicas en pacientes con CPCNP, permite el análisis molecular de *EGFR* y *KRAS* así como la sobreexpresión de *EGFR*. Esta técnica podría ser útil en la selección de los mejores candidatos al tratamiento con TKIs.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.039

#### COMPARACIÓN DE CUATRO PREPARACIONES DEL COLON PARA COLOSCOPIA AMBULATORIA REALIZADA EN PROGRAMA DE TARDE

A. Seoane, X. Bessa, L. Barranco, B. Gonzalez, L. Ilzarbe, J.M. Dedeu, A. Panadès, F. Bory, M. Andreu

Secciones de Endoscopia Digestiva y Gastroenterología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona

**Introducción:** A pesar de la consolidación de programas endoscópicos de tarde en nuestro medio, los datos publicados en relación con la preparación del colon para éstos programas son muy escasos.

**Objetivo:** Comparación de cuatro formas de preparación del colon para endoscopias a realizar en programa endoscópico de tarde.

**Material y métodos:** *Diseño:* Estudio prospectivo, randomizado, aleatorizado, doble ciego (gastroenterólogo o cabecera que randomiza y endoscopista que realiza la exploración). *Inclusión:* pacientes ambulatorios derivados desde un Centro de Atención Primaria. *Preparaciones:* 1) polietilenglicol tarde (PT): preparación el día anterior a la coloscopia, 2) polietilenglicol fraccionado (PF): mitad tarde anterior y mitad mañana del día de prueba, 3) polietilenglicol mañana (PM): mañana del día de prueba, 4) forfato sódico (FS): mitad día anterior y mitad mañana del día de prueba. *Comparación:* tolerancia (cuestionario validado), aceptabilidad (escala visual analógica EVA 1-10 y cuestionario) y eficacia (Aronchick y Ottawa).

**Resultados:** 282 pacientes: PT59, PF70, PM59 y FS70. Edad: Med61 (p25:47.2, p75:71). Sexo H 55%, M 45%. *Tolerancia:* El 95% completaron la preparación. La ingesta fue más fácil con fosfatos que con cualquiera de los preparados de polietilenglicol (p = 0,04).

**Aceptabilidad:** EVA global: Med: 7.7 (p25:5, p75: 9,3). EVA grupos (Med): PT: 6,2, PF: 7,7, PM: 7.4, FS: 8. Siendo la media del ayuno (horas): PT (16 h), PF (10 h), PM (7 h), FS (10 h), el 45% consideró largo dicho tiempo, sin diferencias significativas entre preparaciones. El 42% manifestó desear probar otra preparación y el 12% rechazó probar la misma en el futuro (PT: 24%, PF: 24%, PM: 14%, FS: 3%,  $p = 0,005$ ). **Eficacia:** Aronchick: preparación eficaz (excelente o correcta): PT32%, PF73%, PM76%, FS61%,  $p = 0,002$ . Ottawa: colon derecho eficaz (excelente o correcta): PT22%, PF56%, PM63%, FS41%,  $p = 0,05$ .

**Conclusiones:** El polietilenglicol administrado por la mañana aunque con inferior tolerancia y aceptabilidad que el fosfato sódico, aumenta significativamente la eficacia en el colon derecho, por lo que podría ser de elección en las colonoscopias de programas de tarde.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.040

## COMPARACIÓN DE DOS ESCALAS PARA EVALUAR LAS INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

A. Brotons, F. Uceda, J. Sola-Vera, E. Pérez, M.F. García, N. Vázquez, E. Girona, J. Sáez, A. Cuesta, M.D. Picó, C. Sillero

Sección de Medicina Digestiva, HGU de Elche

**Introducción:** En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas para la valoración de la idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva en unidades de acceso abierto.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es valorar las indicaciones de la colonoscopia en nuestro medio, de acuerdo con los criterios propuestos por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) y por un panel de expertos europeos (EPAGE).

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes remitidos a nuestra Unidad para una colonoscopia entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2007. Se recogió en nuestra base de datos el grado de indicación de cada exploración según las escalas ASGE y EPAGE. Tras las colonoscopias se anotaron los hallazgos relevantes encontrados.

**Resultados:** Se incluyeron 1386 pacientes, de los cuales el 55,8% eran hombres y la edad media fue de  $59,9 \pm 16,3$  años. El porcentaje de pacientes en los que la colonoscopia estaba indicada fue 63,6% según ASGE y un 28,4% según EPAGE. No se pudieron aplicar las escalas ASGE y EPAGE en un 30,6% y un 22,4% respectivamente. Se encontraron hallazgos relevantes en el 40,8% de los pacientes. La edad media de los pacientes con hallazgos relevantes fue mayor que en los pacientes sin hallazgos ( $65,4 \pm 14,3$  vs  $56,8 \pm 16,8$  años;  $p < 0,05$ ). Así mismo presentaron mas hallazgos relevantes los hombres que las mujeres (48,6 vs 31%;  $p < 0,05$ ), los pacientes ingresados vs ambulatorios (60 vs 36,3%;  $p < 0,05$ ) y los pacientes remitidos por especialistas de digestivo frente a los remitidos por médicos de Atención Primaria (45,7 vs 31,5%;  $p < 0,05$ ). También se encontraron más hallazgos relevantes entre los pacientes clasificados como indicados por la ASGE y EPAGE frente a los no indicados (ASGE 45,4 vs 18,1% y EPAGE 50,5 vs 23,1%;  $p < 0,05$ ). Un 18,8% de las colonoscopias no indicadas según la ASGE y un 23,1% según la EPAGE, presentaron hallazgos relevantes. La sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos de las dos escalas para la detección de hallazgos relevantes fue la siguiente:

	S	E	VPP	VPN
ASGE	96,3%	11,9%	45,4%	81,2%
EPAGE	71,8%	57,1%	50,5%	76,9%

**Conclusiones:** Se encontraron más hallazgos relevantes en pacientes con mayor edad, en los varones, en los ingresados, los remitidos por el Digestivo y en los que las escala ASGE y EPAGE clasificaron como indicados. No obstante creemos que las escalas son poco útiles para valorar las indicaciones de la colonoscopia, por el elevado porcentaje de pacientes en los que no se pueden aplicar y al significativo número de casos con hallazgos relevantes que dichas escalas clasifican como no indicados.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.041

## COMPLICACIONES DE LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (CRE) EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

D. Balderrama<sup>a</sup>, J.M. Bordas<sup>a</sup>, O. Sendino<sup>a</sup>, A. Gines<sup>a</sup>, A. Mata<sup>a</sup>, G. Fernandez-Esparrach<sup>a</sup>, M. Pellise<sup>a</sup>, M. Navasa<sup>b</sup>, J. Llach<sup>a</sup>, A. Cárdenas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Gastroenterología/Endoscopia, Hospital Clinic, Institut de Malalties Digestives, Universidad de Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Hepatología, Hospital Clinic, Institut de Malalties Digestives, Universidad de Barcelona, España

**Introducción:** Los problemas biliares después del trasplante hepático (TH) en la mayoría de casos pueden ser manejados con la CRE. Aunque la CRE puede estar asociada a importantes complicaciones después de su realización, los factores de riesgo específicos a estas complicaciones en receptores de TH se desconocen.

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo específicos post-CRE en receptores de TH.

**Métodos:** Se realizaron 733 CRE entre 06/2006 – 05/2008 en nuestro centro. Treinta y cuatro receptores de TH con anastomosis colédoco-coleodocal desarrollaron complicaciones biliares requiriendo CRE en este periodo. Un total de 61/733 (8%) CRE se realizaron por: sospecha de estenosis biliar (51%), colestasis/colangitis (23%), coledocolitiasis (15%), y fuga biliar (11%). Se analizaron 45 factores de riesgo en relación a los pacientes y la prueba. Factores de riesgo específicos con respecto a la etiología de la enfermedad hepática, indicación de CRE, tipo de TH (cadavérico vs. donante vivo), presencia de tubo en T, re-trasplante y tipo de inmunosupresión se incluyeron en el análisis.

**Resultados:** Ocurrieron 9 complicaciones post-CRE (14,8%): pancreatitis 3 casos (4,9%), colangitis 4 casos (6,5%), sangrado post-esfinterotomía 1 caso (1,6%), hematoma hepático subcapsular 1 caso (1,6%). El análisis univariado de CRE con complicaciones vs aquellas sin complicaciones identificó 4 factores de riesgo: bilirrubina pre-CRE ( $6,52 \pm 7,84$  mg/dl vs  $3,25 \pm 4,13$  mg/dl), gamma-glutamyltransferasa pre-CRE ( $262,3 \pm 260,4$  vs  $633,5 \pm 498$ , 1 U/L), duración desde TH hasta la realización de CRE ( $43,1 \pm 35,2$  vs  $16,1 \pm 19,1$  meses) y alanino-aminotransferasa pre-CRE ( $65,5 \pm 39,5$  vs  $136,9 \pm 151,7$  U/L). No se detectaron diferencias en factores asociados a la prueba. En el análisis multivariado el nivel de bilirrubina pre-CRE (OR 1,29; 95% IC 1,02–1,65) y duración desde TH hasta la realización de CRE (OR 1,03, 95% IC 1,01–1,06) se identificaron como factores independientes asociados al desarrollo de complicaciones post-CRE en receptores de TH.

**Conclusiones:** La CRE después del TH es segura pero está asociada a un mayor riesgo en receptores de TH con niveles elevados de bilirrubina antes de la CRE y con una larga duración desde TH hasta la realización de CRE. Se requieren más estudios para identificar receptores de TH con un bajo riesgo pre-definido de desarrollar complicaciones post-CRE.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.042