

^aUnidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología, ICMDM, CIBERehd, Hospital Clínico, Barcelona

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Barcelona

^cServicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Fe, Valencia

Introducción: A menudo no es posible realizar el diagnóstico de los tumores subepiteliales por USE-PAAF dado que las muestras citológicas son insuficientes. La inmunohistoquímica es crucial para el diagnóstico de estas lesiones pero es fundamental disponer de muestras adecuadas. La USE-PBT podría mejorar el rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en el diagnóstico de estas lesiones.

Objetivo: Comparar el rendimiento diagnóstico de USE-PAAF y USE-PBT en el diagnóstico de tumores gástricos subepiteliales.

Métodos: Se incluyeron lesiones gástricas >2 cm. Se realizó USE-PAAF (EchoTip EUSN-3 Cook) y USE-PBT (Quick-Core EUSN-19-QC Cook) en todos los tumores con una asignación de orden randomizada para evitar sesgos de elección. Las muestras fueron evaluadas por un citopatólogo in situ (máximo de 3 pases por procedimiento). El diagnóstico final se realizó en base al resultado inmunohistoquímico y al estudio anatómo-patológico cuando se dispuso de pieza quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes de forma consecutiva (24 H/16 M) con una edad media 67 ± 13 años. Los diámetros mayor/menor fueron de 43 ± 33 y 33 ± 18 mm respectivamente. El número de pases $2,1 \pm 0,9$ y $1,9 \pm 0,8$ para PAAF y PBT respectivamente. El diagnóstico final fue posible en 31 pacientes y 27 de ellos fueron GIST. En 6 pacientes el trucut falló por motivos técnicos mientras que la PAAF fue posible en todos los casos. La evaluación morfológica se consiguió en 28/40 mediante USE-PAAF (70%) y en 24/34 mediante USE-PBT (70%) ($p = ns$). En los casos en los que se obtuvo una muestra adecuada, el diagnóstico final se llevó a cabo en 20/27 con USE-PAAF (77%) y en 21/23 de USE-TNB (91%) ($p = 0,025$).

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de la USE-PBT y USE-PAAF en términos de evaluación morfológica de la muestra es similar. Hay razones técnicas que limitan el papel de la USE-PBT para este efecto. Sin embargo, si las muestras son morfológicamente adecuadas, la USE-PBT es mejor para realizar el análisis inmunohistoquímico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.045

EFICACIA A LARGO PLAZO DE LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO

G. Fernández-Esparrach^a, J.M. Bordas^a, M.D. Giraldez^b, M. Camacho^a, L. Zavala^a, A. Ginès^a, M. Pellisé^a, O. Sendino^a, A. Cárdenas^a, A. Castells^b, J. Llach^a

^aUnitat d'Endoscopia

^bServei de Gastroenterologia, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles son utilizadas cada vez con más frecuencia en la resolución de la obstrucción colorrectal maligna. Sin embargo, se han comunicado complicaciones hasta en el 50% de los pacientes.

Objetivos: Evaluar retrospectivamente el éxito clínico a largo plazo de las prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes con obstrucción colorrectal maligna en un centro terciario e identificar posibles factores predictores de complicaciones.

Pacientes y métodos: Durante un periodo de 5 años se realizaron 47 intentos de colocación de prótesis en 47 pacientes. Las prótesis (de 9 cm de longitud y 22 o 25 mm de diámetro) se colocaron bajo control endoscópico y radiológico. El correcto

posicionamiento de las prótesis se comprobó a las 24 h mediante radiografía abdominal. Todos los pacientes fueron seguidos posteriormente de forma ambulatoria.

Resultados: La colocación de la prótesis se consiguió en 45 casos (96%) y la descompresión colónica inicial fue adecuada en 43 de 47 intentos (91%) y en 43 de los 45 (96%) en los que la prótesis se logró implantar con éxito. La localización de la estenosis fue en recto (7 casos; 15%), sigma (33 casos; 70%), colon izquierdo (4 casos; 9%) y recurrencia anastomótica (3 casos; 6%). La mayoría de los pacientes presentaban un cáncer colorrectal en estadio IV (40 casos; 85%). La prótesis sirvió como puente a la cirugía en 10 de 47 casos (21%) y como tratamiento paliativo definitivo en 33 de 47 (70%). La incidencia de fallo clínico a largo plazo fue del 47% (22 casos) y se debió a complicaciones: perforación (4; 8%), obstrucción (10; 21%) y tenesmo (1; 2%). La perforación ocurrió durante la inserción de la prótesis ($n = 1$) y a los 3, 4 y 34 días post-inserción y todos los casos fallecieron. La tasa de mortalidad acumulada fue del 25% (12 casos) con una mediana de seguimiento de 3 meses. En el grupo de puente a la cirugía, sólo se consiguió la realización de anastomosis primaria en 4/10 pacientes (27%). El fallo clínico a largo plazo no se asoció con ningún factor relacionado con el tumor.

Conclusiones: 1. La eficacia de las prótesis metálicas autoexpandibles se encuentra limitada por las complicaciones. 2. La ausencia de éxito clínico a largo plazo no se asocian con ningún factor relacionado con el tumor. 3. La elevada tasa de complicaciones sugiere que en estos pacientes deberían valorarse otros tratamientos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.046

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN INFUSIÓN CONTINUA (PBI) VS MIDAZOLAM-PETIDINA (MP) EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA REALIZADA CON IDÉNTICO N° DE PERSONAL EN LA SALA (1 FACULTATIVO, 1 ENF Y 1 AUX)

H. Nuñez, F. Igea, E. Saracibar, R.E. Madrigal, J. Barcenilla, A. Del Moral

Hospital Rio Carrion, Palencia

Introducción: La sedación con propofol no controlado por anestesiista es la mejor opción coste-efectividad para la colonoscopia. Las recomendaciones de las guías sobre la necesidad de tener una persona específicamente dedicada a su administración dificultan su implantación en muchos centros. No existen estudios comparativos propofol vs midazolam petidina en idénticas condiciones de personal facultativo y de enfermería. La administración en bomba y la utilización de capnografía puede permitir disminuir las necesidades de personal en las exploraciones habituales.

Objetivo: Comparar la seguridad y eficiencia de 2 pautas de sedación (PBI vs MP) administradas por el mismo nº de personal de enfermería (1 enfermera y 1 auxiliar).

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva 332 colonoscopias realizadas bajo sedación en nuestro centro (192 PBI/139 MP). Las colonoscopias fueron realizadas en todos los casos por 1 facultativo ayudado por 1 enfermera y 1 auxiliar. Los 2 médicos que realizaron las exploraciones son facultativos con sobrada experiencia. Se registro en una hoja de enfermería la sat O2, Frec Cardiaca, TA media, registrados de forma automática cada 3 minutos. Se anotaron también las dosis de medicación recibida. Todo ello fue introducido en una base de datos informatizada para su posterior análisis. Se analizo la tolerancia con una escala analógica