

^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 analizó la tolerancia con una escala analógica

visual de 1ª 5. Se registraron todos los eventos desfavorables. Todos los pacientes del grupo PBI fueron monitorizados además con capnografía.

Resultados: No existieron diferencias con respecto a la edad, Sexo ni Clasificación ASA. Las dosis medias en mg x paciente fueron las siguientes: Propofol 234,52+/-96,8; Midazolam: 3,34+/-1,34 y Petidina 49,10+/-4,6. Los pacientes sedados con PBI presentaron una tolerancia excelente una con frecuencia significativamente mejor que los del grupo MP (96,9% vs 82%) $p < 0,01$. La duración de la exploración fue significativamente menor 18,68 vs 22,76 min $p < 0,01$ en el grupo PBI. En cuanto a la seguridad los pacientes del grupo PBI mostraron una sat de O2 mínima mas elevada que la de los del grupo MP 94% vs 92,9% $p < 0,05$. No hubo diferencias con respecto al nº ni gravedad de los episodios de desaturación. Ningún paciente preciso ambú o intubación.

Conclusiones: 1) La tolerancia es superior en los pacientes sedados con propofol. 2) La duración de las exploraciones fue menor en el grupo PBI. 3) La seguridad de la sedación con propofol en estas condiciones de monitorización es igual ó superior a la realizada con MP.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.047

FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DE ORIGEN DIVERTICULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO

A. Berrozpe, F. Rodríguez-Moranta, X. Vázquez, J.M. Botargues, A. Soriano-Izquierdo, J. Guardiola

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Introducción: La hemorragia diverticular (HD) es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja (HDB), pero su historia natural es poco conocida.

Objetivo: Conocer la probabilidad de recidiva y mortalidad de la HD y sus factores asociados.

Pacientes y métodos: *Ámbito:* Hospital Universitario de tercer nivel. *Pacientes:* Enfermos ingresados por hemorragia diverticular desde Abril de 2004 hasta Agosto de 2008. *Diseño y análisis:* Estudio de cohortes prospectivo. Evaluación del índice clínico-endoscópico (Rectorragia < 4 horas, presencia de sangre roja en la colonoscopia precoz, ausencia de lesiones mucosas -A. Berrozpe, DDW 2007-) en la predicción de recidiva intrahospitalaria (RI), así como determinar los factores predictivos de reingreso, necesidad de cirugía y mortalidad.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 126 pacientes con hemorragia diverticular, con un total de 144 episodios hemorrágicos. El diagnóstico de certeza (presencia de sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido), se obtuvo en el 12% de los casos. Durante el primer episodio, la RI se produjo en 25 pacientes (20%). 11 pacientes (9%) recibieron tratamiento específico: 7 tratamiento endoscópico, 3 cirugía urgente y 1 embolización por arteriografía. Los factores predictivos independientes de RI fueron: la emisión de sangre roja durante las primeras 4 horas del ingreso (RR 6,06; 95% CI, 1,80-20,03; $p = 0,003$) y la presencia de sangre roja en la colonoscopia diagnóstica (RR 3,76; 95% CI, 1,02-13,92; $p = 0,04$). Si la colonoscopia se realizó durante las primeras 24 horas (55 pacientes), la combinación de ambos factores permitió prever el riesgo de RI (0 factores: 3,4%, 1 factor 10% i 2 factores 66%) con una área bajo la curva ROC de 0,82. El reingreso se produjo en 15 enfermos (12%). Con una mediana de seguimiento de 421 días,

el riesgo acumulado de reingreso por HD fue de 7%, 9% y 12% a los 6, 12 y 24 meses respectivamente. Un paciente requirió cirugía y 3 necesitaron un segundo reingreso. Todos fueron dados de alta. No se identificaron factores predictivos de reingreso.

Conclusión: El índice clínico-endoscópico permite identificar los episodios de HD con un elevado riesgo de RI. Dada la baja probabilidad de reingreso, y la ausencia de mortalidad en nuestra serie, no recomendamos la cirugía electiva en los individuos con un segundo episodio de HD.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.048

IMPACTO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Márquez, B. González, B. Gras, I. Ibáñez, J.M. Dedeu, A. Cañas-Ventura, S. Delgado-Aros, A. Seoane, L. Barranco, X. Bessa, F. Bory, M. Andreu

Servicio de Digestivo, Hospital de Mar, Barcelona

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) ha demostrado ser una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Objetivo: Analizar el impacto de los resultados de la CE en el diagnóstico, modificación del tratamiento o generación de nuevas exploraciones en pacientes con EII.

Material y métodos: Se incluyeron 45 pacientes (19 hombres/ 26 mujeres, edad 43 ± 16 años): 30 Con enfermedad de Crohn (EC); 10 con diagnóstico de colitis indeterminada y 5 con sospecha diagnóstica de EII. Indicaciones de CE: completar el estudio de extensión (24%), confirmar el diagnóstico (33%); determinar la actividad en pacientes con síntomas menores (28,9%) o con síntomas persistentes a pesar del tratamiento (13,3%). En 37 pacientes (82,2%) se realizó previamente cápsula Patency para descartar estenosis intestinales y, posteriormente, cápsula Pillcam en 36 casos (80%).

Resultados: En 9 casos (20%) no se pudo realizar la CE tras evaluar la cápsula Patency. Se identificaron lesiones compatibles con actividad inflamatoria en 24 de los 36 pacientes estudiados (66%). En un 26,7% de los casos se detectaron lesiones proximales que modificaron el diagnóstico de extensión. En 26,7% de los casos los hallazgos de la cápsula indicaron la realización de nuevas exploraciones (3 enteroscopias; 8 ileoscopias; 1 endoscopia digestiva alta). En 23 pacientes (51%) la CE indujo cambios en el tratamiento: 8 casos (17%) coincidiendo con el diagnóstico inicial (de novo) y 15 casos (33,3%) diagnosticados previamente de EC (3 con clínica persistente a pesar del tratamiento, 9 con síntomas menores y estudio endoscópico negativo, y 3 al confirmar actividad proximal). No se registraron complicaciones derivadas de la CE.

Conclusiones: La cápsula endoscópica es una exploración a incorporar en el manejo de la MII, especialmente en el estudio de extensión y actividad de la enfermedad. Así mismo, ayuda a una mejor indicación de la estrategia terapéutica a seguir hasta en un 50% de los casos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.049