

EDAD Y COMORBILIDAD COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN PANCREATITIS AGUDA BILIAR

G. Pacheco, I. Pascual, J. Lizarraga, J. Tosca, A. G^a-Bolós, A. Añón, A. Benages

Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic Universitari de Valencia

Antecedentes: La identificación precoz de los factores pronósticos de gravedad en la pancreatitis aguda (PA), es un determinante fundamental para detectar aquellos pacientes con más riesgo de presentar una mala evolución.

Objetivos: Determinar la influencia de factores intrínsecos del paciente (edad y comorbilidad) en la evolución de la PAbiliar, valorando como parámetros respuesta la gravedad, la mortalidad y el ingreso en UCI.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Gastroenterología o UCI con un primer episodio de PA biliar entre Enero de 2000 y Diciembre de 2007. La gravedad de la PA se definió utilizando los criterios de Atlanta. No se consideró factor determinante de gravedad de la PA la presencia de fallo orgánico transitorio (<48 h). Los datos analizados fueron: edad, sexo, presencia de complicaciones locales y fallo orgánico, ingreso en UCI, tiempo de hospitalización y mortalidad. La co-morbilidad fue definida de acuerdo con el índice de Charlson ajustado por la edad.

Resultados: En el periodo de estudio, ingresaron 482 pacientes con un primer episodio de PA biliar (mediana de edad 71 años), 118 (24,5%) presentaron una PA biliar grave. La mortalidad total fue de 2,7% (13 pacientes).

La edad avanzada (OR 1,04, CI 95% 1,02–1,07, $p = 0,000$) y la comorbilidad (OR 1,39, CI 95% 1,21–1,63, $p = 0,000$) influyeron en el desarrollo de fallo orgánico; 89 pacientes presentaron fallo de uno o más órganos, 79% de éstos tenían algún grado de comorbilidad y 70% eran mayores de 71 años. No pudimos establecer relación significativa entre la edad y/o la comorbilidad con la aparición de complicaciones locales. La gravedad de la PAbiliar fue influenciada por la edad (OR 1,02, CI 95% 1,01–1,04, $p = 0,001$) y el índice de Charlson (OR 1,2, CI 95% 1,09–1,41, $p = 0,001$). La mortalidad no se relacionó de modo significativo con la edad ni con la comorbilidad, aunque 61,5% de los pacientes fallecidos eran mayores de 71 años y el 54% presentaron algún grado de comorbilidad asociada. No hubo asociación entre el ingreso en UCI y la edad o la comorbilidad de los pacientes.

Conclusiones: La edad avanzada y la presencia de comorbilidad determinan una mayor gravedad de la PA biliar, pero no influye en la mortalidad de los pacientes.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.128

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS

A.C. Adet Caldeleri^a, R. Miquel^b, J.A. Bombi^b, A. Ginés^c, G. Fernández-Esparrach^c, C. De Juan^d, J.R. Ayuso^d, J. Maurel^e, L. Fernández-Cruz^f, S. Navarro^a

^aServicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^cSección de Endoscopia, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^dInstitut de Diagnòstic per imatge, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^eServicio de Oncología Médica, Institut de Malalties Hematològiques i Oncològiques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

^fServicio de Cirugía Digestiva, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Los tumores quísticos pancreáticos son relativamente de reciente descripción, en especial el tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) (1996) por lo que se tiene un reducido conocimiento de ellos. Existen escasas series publicadas especialmente en nuestro país.

Objetivo: Evaluar la incidencia y características de los pacientes con tumores quísticos del páncreas atendidos en nuestro hospital en un periodo de 12 años.

Pacientes y método: Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de 98 pacientes estudiados en nuestro hospital por tumor quístico del páncreas mediante TAC, RNM o USE desde enero de 1996 a octubre de 2008.

Resultados: Se han analizado 98 pacientes con una edad media de 63 años, el 58% fueron mujeres. El diagnóstico fue de TPMI 75, cistoadenoma seroso 17 y mucinoso 6. El 59% fueron diagnosticados en los últimos 4 años. El 48% fueron diagnosticados por hallazgo casual y 19% presentaron episodios de pancreatitis aguda previa. La localización más frecuente fue en la cabeza 37%, seguida de la cola 10%, cuerpo 9%, uncinado 8%, cabeza-cuerpo 8%, cuerpo-cola 5% y difuso 9%. El tamaño medio por técnica de imagen fue de 31,8 mm. Fueron intervenidos quirúrgicamente el 64% de los pacientes. El 17% fueron tumores malignos y de éstos 6% presentaron carcinoma "in situ" y 11% fueron invasivos. De los tumores invasivos fallecieron el 72%.

Conclusión: En los últimos 4 años se ha observado un aumento en la incidencia. Los tumores quísticos son mayoritariamente hallazgos casuales, aunque deben tenerse en cuenta como causa de pancreatitis aguda. El tratamiento quirúrgico en el momento oportuno puede evitar la evolución hacia carcinoma pancreático.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.129

¿MEJORA REALMENTE LA DETERMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA TELOMERASA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CITOLOGÍA EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS?

J. Martínez^a, R. Francés^b, J.R. Aparicio^a, A. Cabezas^c, L. Gómez-Escobar^a, F. Ruiz^a, I. Mozas^a, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva, HGU, Alicante

^bCIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: El diagnóstico anatomo-patológico previo a la cirugía en pacientes con adenocarcinoma de páncreas (ACP) es habitualmente difícil de obtener dada la escasa sensibilidad de la citología. La telomerasa es una enzima que compensa el acortamiento de los telómeros que se produce en cada ciclo normal de replicación. Un incremento en su actividad (AT) se asocia al desarrollo de determinados tumores.

Objetivos: 1. Determinar la precisión diagnóstica de la citología en la punción de masas pancreáticas. 2. Evaluar si la determinación de la AT en tejido pancreático mejora la sensibilidad de la citología para el diagnóstico de ACP.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes remitidos para punción diagnóstica de lesiones pancreáticas. Se procedió a la obtención de material mediante USE-PAAF. La presencia de citólogo

en la sala permitió la inmediata visualización microscópica del material obtenido. La AT se determinó mediante Telo TAGGG Telomerase PCR ELISA^{PLUS} (Roche). El diagnóstico final se definió por cirugía si el paciente era intervenido o por datos evolutivos.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (21 hombres; edad: $62,1 \pm 13,8$ años). El diagnóstico definitivo fue: ACP 17, masa inflamatoria 6, TPMI 2, otros 6. La precisión de la citología para el diagnóstico de ACP fue: S 82,4%; E 100%; VPP; 100%; VPN: 82,4%; mientras que la de la AT fue: S 52,9%; E 64,3%; VPP 64,3%; VPN 52,9%. De los tres pacientes con ACP en los que la citología fue negativa, la AT fue positiva en dos. Sin embargo, la AT fue positiva en cinco casos con citología negativa y que finalmente no eran ACP.

Conclusiones: La precisión diagnóstica para el diagnóstico de ACP de la citología es elevada en nuestro medio. Su combinación con la determinación de AT no mejora el diagnóstico pese a que incrementa el VPN.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.130

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

E. de-Madaria^a, J.R. Aparicio^a, G. Soler^a, J. Martínez^a, L. Sempere^a, F. Carnicer^a, I. López-Font^a, F. Lluís^b, M. Pérez-Mateo^a

^aUnidad de Gastroenterología

^bServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es un tumor pancreático productor de mucina que crece en el sistema ductal.

Objetivos: Describir las características clínicas de los casos de NMPI diagnosticados en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de NMPI en el Hospital General Universitario de Alicante entre 2005 y 2008.

Resultados: Se diagnosticaron 9 pacientes, 6 (66,7%) varones. La edad al diagnóstico fue 70 ± 10 años (rango 55-81). En 8 (88,9%) pacientes se sospechó la neoplasia por imagen típica en TAC, en 1 (11,1%) paciente se sospechó por ecoendoscopia (moco en papila). En 5 (55,6%) de los casos la NMPI era de rama periférica y en 4 (44,4%) de ducto principal. La clínica de presentación más frecuente fue pancreatitis aguda: 5 (55,6%) pacientes, seguida de dolor abdominal en 2 (22,2%), diagnóstico casual en prueba de imagen en 1 (11,1%) y síndrome constitucional en 1 (11,1%) paciente. En 2 (22,2%) casos la NMPI se asociaba a calcificaciones pancreáticas por pancreatitis crónica obstructiva. El diagnóstico definitivo en 8 (88,9%) pacientes se realizó por ecoendoscopia (citología positiva en 5, en el resto con citología negativa: presencia de moco en 2 pacientes y CEA elevado con lesión típica en 1). En 1 (11,1%) paciente se diagnosticó por moco en PAAF percutánea. En total se objetivó moco en la punción o en papila en 5 (55,6%) pacientes. La histología fue adenoma en 5 (55,6%) casos, borderline en 3 (33,3%, todos ellos de ducto principal) y desconocida en 1 (11,1%). El tratamiento fue quirúrgico en 4 (44,4%) pacientes (duodenopancreatectomía cefálica en todos ellos). En 3 (33,3%) de ellos la indicación fue NMPI sintomática (pancreatitis aguda o dolor abdominal) y en 1 (11,1%) por NMPI de ducto principal. En 2 casos con NMPI borderline no se realizó cirugía por rechazo del paciente asociado a edad elevada. No hubo casos de neoplasia invasiva ni mortalidad.

Conclusiones: La presentación más frecuente de la NMPI es la pancreatitis aguda. El TAC es la prueba que suele sugerir el

diagnóstico y la ecoendoscopia la técnica que lo confirma. El análisis del líquido es eficaz en el diagnóstico. La histología más frecuente es adenoma. La NMPI de ducto principal es más agresiva histológicamente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.131

PRONÓSTICO AL INGRESO POR PANCREATITIS AGUDA MEDIANTE UN SISTEMA CLÍNICO DE FÁCIL CÁLCULO: BISAP

G. Soler, E. de-Madaria, I. López-Font, L. Sempere, C. Sánchez-Fortún, J. Martínez, M. Pérez-Mateo

Unidad de Patología Pancreática, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: El sistema BISAP se ha descrito y validado recientemente como predictor de mortalidad al ingreso por pancreatitis aguda (PA) en un estudio poblacional. Consta de 5 elementos de fácil determinación, cada uno de los cuales tiene el valor de 1 punto: nitrógeno ureico en sangre > 25 mg/dl, alteración de estado mental, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, edad mayor de 60 años y presencia de derrame pleural. Su principal ventaja es que su cálculo es sencillo, en contraposición al sistema APACHE II que también ha mostrado valor pronóstico en el momento del ingreso hospitalario.

Objetivos: Comprobar la utilidad del sistema BISAP al ingreso en la predicción de complicaciones locales, sistémicas, mortalidad y gravedad de PA según criterios de Atlanta y compararlo con APACHE II.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se analizó una base de datos completada de forma prospectiva que incluía todo paciente con pancreatitis aguda ingresado en nuestro servicio desde enero a noviembre de 2008.

Resultados: Se analizaron 98 pacientes, 23% con PA grave. La mortalidad fue 5,1%. La etiología fue biliar en 46,9%, alcohol 14,3%, idiopática 16,3% y otras causas en 22,5%. De los 5 pacientes que fallecieron 2 mostraron en BISAP 1 punto, 2 de ellos 2 puntos y en 1 caso 3 puntos. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre BISAP y presencia de colecciones agudas, pseudoquistes, necrosis, fallo orgánico, gravedad ni mortalidad. APACHE II al ingreso se asoció a mortalidad ($9,2 \pm 5,6$ vs $6,1 \pm 3$, $p < 0,05$), fallo orgánico ($9,2 \pm 4,6$ vs 6 ± 3 , $p < 0,01$) y gravedad ($7,5 \pm 3,9$ vs $5,9 \pm 3$, $p < 0,05$). En el análisis COR el sistema BISAP mostró un área bajo la curva para mortalidad de 0,68 mientras que el sistema APACHE II fue 0,63.

Conclusiones: En nuestra muestra el sistema BISAP al ingreso no identifica eficazmente los casos fatales, ni predice las complicaciones locales o el fallo orgánico en la pancreatitis aguda. El APACHE II al ingreso se asoció de forma significativa a mortalidad, fallo orgánico y gravedad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.132

UTILIDAD DEL CONTRASTE ECOGRÁFICO (SONOVUE®) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES FOCALES PANCREÁTICAS

J.R. Aparicio^a, J. Martínez^a, A. Cabezas^b, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La distinción entre cáncer de páncreas (CP) y masa inflamatoria puede ser difícil ya que la citología puede