

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](https://doi.org/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. Lluis^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 (duodenopancrectomía 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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