

presentar falsos negativos. El CP presenta un aumento de presión dentro del tejido neoplásico debido a la fibrosis que lo rodea. Esto explica su menor vascularización en comparación al tejido inflamatorio. Dicha vascularización se puede evaluar tras la administración de un agente de contraste ecográfico que realza el flujo vascular.

Métodos: Se incluyó de forma prospectiva a los pacientes remitidos para USE-PAAF de lesión focal pancreática. Se excluyeron a los pacientes con lesiones predominantemente quísticas o con sospecha clínica de tumor neuroendocrino. Tras identificar la lesión se observó la vascularización con power-doppler durante 3 min tras la administración de 2,5 ml de Sonovue® iv. Se consideró una lesión focal como benigna cuando se observaba un aumento de la vascularización tras la administración del contraste ecográfico (patrón hipervasicular) o se identificaban tanto arterias como venas. Se definió una lesión focal como maligna ante la ausencia de vascularización tras la administración de contraste (patrón hipovascular) o cuando se identificaban únicamente arterias.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (20 hombres y 12 mujeres) con una edad media (SD) de 61,9 (14,1) años. Siete pacientes presentaban pancreatitis crónica (4 pacientes con calcificaciones pancreáticas y 3 con 5 o más criterios USE). La localización de la lesión fue: cabeza de páncreas en 21 pacientes, cuello en 5, cuerpo en 4 y cola en 2. El diagnóstico histológico definitivo de la lesión fue neoplasia maligna en 23 (72%) pacientes (19 adenocarcinomas, 1 pancreatoblastoma, 1 carcinoma papilar intraductal, 1 carcinoma indiferenciado y 1 tumor sólido-quístico pseudopapilar) y benigno en 9 (28%) (8 masa inflamatoria, 1 cistoadenoma mucinoso). La edad media de los pacientes con neoplasia fue significativamente mayor: 64,2 (13,4) vs 49,9 (10,5), $p = 0,008$. El diámetro medio de la lesión era de 2,7 (0,8) cm (rango 1,2–4,5 cm). Utilizando el criterio hipo/hipervasicular, el 100% de los pacientes con neoplasia presentaban un patrón hipovascular tras la administración de Sonovue frente al 33,3% de los pacientes con lesiones benignas, $p < 0,0001$. La S, E, VPP, VPN, LR+ y LR- del patrón hipovascular para el diagnóstico de CP fue del 100%, 66,7%, 88,5%, 100%, 3 y 0 respectivamente. Estos resultados mejoran ligeramente cuando se utilizan ambos criterios conjuntamente (patrón hipervasicular y/o presencia de arterias y venas): S 100%, E 77,8%, VPP 92%, VPN 100%, LR+ 4,5 y LR- 0. En nuestra serie la S de la PAAF guiada por USE para el diagnóstico de neoplasia fue del 91% con un VPN del 81,8%, LR- 0,09 (0,02–0,34) y una precisión diagnóstica del 93,6%.

Conclusiones: El hallazgo de una lesión focal que se muestra hipervasicular o que presenta vasos venosos tras la administración de Sonovue orienta hacia una patología benigna.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.133](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.133)

VALOR DIÁGNOSTICO DE LA ADIPONECTINA EN MASAS SÓLIDAS PÁNCREATICA

L. Gómez-Escolar, J. Martínez, J.R. Aparicio, I. Mozas, G. Soler, E. De Madaria, F. Ruiz, J.A. Casellas, M. Pérez-Mateo

Unidad de Gastroenterología, Hospital General Universitario de Alicante

El diagnóstico precoz del cáncer de páncreas es difícil y no existen marcadores adecuados para la detección temprana. La adiponectina sérica se ha postulado como marcador tumoral para el cáncer de páncreas.

Objetivo: Evaluar el valor diagnóstico de la tasa sérica de adiponectina en el cáncer de páncreas, comparándolo con marcas-tumorales habitualmente utilizados.

Material y métodos: Se incluyeron de forma prospectiva los pacientes remitidos a la Unidad de Endoscopias para Eco-PAAF diagnosticados de "masa sólida pancreática" por técnica de imagen (ecografía, TAC, RM). Se determinaron la adiponectina sérica, CEA y Ca19.9 séricos y anotaron factores que pueden modificar la adiponectina (IMC, HTA, DM tipo 2 y enfermedades cardiovasculares). El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante histología o seguimiento.

Resultados: Se han incluido 25 pacientes, 17 hombres y 8 mujeres, con una edad media de $60,76 \pm 14,71$. El diagnóstico definitivo fue 13 adenocarcinomas pancreáticos, 6 pancreatitis crónica, 1 tumor mucinoso, 1 tumor seroso, 1 pseudoquist, 1 coledococele, 1 tumor sólido pseudopapilar, 1 TPMI. Al comparar ambos grupos, adenocarcinoma y patología pancreática no maligna, no se han visto diferencias en cuanto a la adiponectina (12,15 vs $12,87 \mu\text{g/mL}$; $p = 0,57$). En cambio, los pacientes con adenocarcinoma presentaron niveles superiores de CEA (6,6 vs $1,3 \text{ ng/mL}$; $p = 0,005$) y Ca 19.9 (816,2 vs $6,6 \text{ UI/mL}$ $p > 0,0001$). Los niveles de adiponectina fueron superiores en pacientes con enfermedades cardiovasculares ($12,87$ vs $11,93 \mu\text{g/mL}$; $p = 0,01$). El IMC, la HTA y la DM no modificaron dichos niveles.

Conclusión: La adiponectina no se comporta de manera diferente en los pacientes con lesiones pancreática maligna y benigna, con lo que no se puede considerar marcador tumoral con valor diagnóstico.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.134](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.134)

Patología esófago-estómago-duodeno

BIOPSIAS ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON DISFAGIA Y/O IMPACTACIÓN ALIMENTARIA. UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA SENCILLA PARA UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA: LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

M. Da Costa, A. Mata, V. Vila, J. Roca, J. Turró, J.C. Espinós

Servicio de Endoscopia Digestiva, Centro Médico Teknon, Barcelona

La Esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad inflamatoria crónica emergente caracterizada por una infiltración de la mucosa esofágica por eosinófilos. Los principales síntomas en adultos son la disfagia recurrente y los episodios frecuentes de impactación alimentaria esofágica. Las biopsias de la mucosa esofágica confirmarán el diagnóstico (más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento).

Los objetivos de nuestro estudio fueron: Estudiar la incidencia de la EE en nuestro medio en el último año. Valorar la necesidad de realizar biopsias esofágicas de forma rutinaria a todo paciente que acuda por disfagia y/o impactación alimentaria esofágica.

Método: A todos los pacientes con disfagia y/o impactación alimentaria esofágica que no presentaban en la fibrogastroskopía una causa evidente de dichos síntomas se les practicaba biopsias esofágicas proximales y distales. Se registraban los hallazgos endoscópicos. Además se realizaba un pequeño cuestionario acerca del tiempo de evolución de los síntomas, antecedentes de otros episodios de impactación alimentaria, síntomas de ERGE y antecedentes de enfermedades alérgicas.

Resultados: De enero a noviembre de 2008, 92 pacientes acudieron por disfagia y/o impactación alimentaria esofágica. Se realizaron biopsias esofágicas en 48 pacientes que no presentaban causa etiológica de la disfagia y/o impactación alimentaria en la endoscopia. Fueron diagnosticados de EE, 18 pacientes (37,5%), de