

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 hipervascular) 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/hipervascular, 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 hipervascular 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 hipervascular o que presenta vasos venosos tras la administración de Sonovue orienta hacia una patología benigna.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.133

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ADIPONECTINA EN MASAS SÓLIDAS PÁNCREÁTICA

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 marcadores 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 pseudoquiste, 1 coledococoele, 1 tumor sólido pseudopapilar, 1 TPML. 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 ng/mL ; $p = 0,005$) y Ca 19.9 (816,2 vs 6,6 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 pancreáticas maligna y benigna, con lo que no se puede considerar marcador tumoral con valor diagnóstico.

doi: 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 Esfagitis 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 fibrogastroscopia 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

ellos 15 (83%) eran hombres. La media de edad era de 44 años (16-80). El tiempo medio de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 4,3 años (3 meses- 15 años).

Seis de los 18 pacientes habían acudido a urgencias por impactación esofágica de bolo alimentario que requirió extracción endoscópica. Diez acudieron por disfagia. Los otros dos restantes acudieron, uno por vómitos y otro por dispepsia. Catorce de los 18 pacientes (77%) presentaban antecedentes de enfermedades alérgicas. Cinco tenían síntomas de ERGE.

En cuanto a los signos endoscópicos hallados: Tres pacientes presentaban una fibrogastroscoopia normal. Los 15 pacientes restantes presentaban signos endoscópicos sugestivos de EE.

Conclusiones: 1. Los pacientes diagnosticados de EE en nuestro centro representan un 19,5% de todos los pacientes que acuden por disfagia y/o impactación alimentaria. 2. Creemos que estaría justificado realizar de forma rutinaria biopsias esofágicas a todos los pacientes que acuden por disfagia y/o impactación alimentaria de etiología no aclarada en la endoscopia.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.135

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE TRANSGLUTAMINASA SÉRICA CON EL TIPO DE LESIÓN DUODENAL PRESENTE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

L. Rodrigo^a, S. Vivas^b, N. Alvarez^a, D. Fuentes^a, S. Calleja^b, S. Riestra^a, P. Niño^a, J.M. Ruiz de Morales^b, J. Casqueiro^c

^aHospital Universitario Central de Asturias (Servicio de Aparato Digestivo)

^bHospital de León (Secciones de Aparato Digestivo e Inmunología)

^cÁrea de Microbiología, Facultad de Biología y Ciencias Ambientales, Universidad de León

Antecedentes: Actualmente los anticuerpos antitransglutaminasa (anti-TGt) son utilizados de forma rutinaria como cribado de EC en adultos. Su relación con diferentes grados de atrofia vellositaria y su valor para discriminar pacientes sin atrofia, no ha sido suficientemente evaluada, en adultos.

Objetivos: Evaluar la correlación de los títulos de anti-TGt con el tipo de lesión histológica en pacientes celíacos adultos, al momento del diagnóstico.

Pacientes y métodos: La determinación de los anti-TGt se realizó por técnica de Elisa comercial, utilizando el Ag recombinante humano (Pharmacia). Las biopsias duodenales fueron obtenidas a través de fibroendoscopia de 2ª-3ª porción, con un mínimo de 4 muestras. La lesión histológica se clasificó según los estadios de Marsh. Se separaron en dos grupos: Uno con atrofia leve y/o cambios inflamatorios (Marsh 1, 2 y 3a) y otro con atrofia importante (Marsh 3b y 3c). Todos los pacientes eran HLA DQ-2 o DQ-8 positivos.

Resultados: Fueron incluidos 227 pacientes con una mediana de 39 años de edad (15-85). El 72% eran mujeres y la forma de presentación clínica fue oligosintomática o atípica, en el 64% de los casos. El 31% no presentaban atrofia en las vellosidades (Marsh 1 y 2) y un 26% mostraban atrofia importante (Marsh 3b y 3c). Los niveles de anti-TGt presentando niveles más elevados, en función del estadio de Marsh ($r = 0,437$; $p < 0,0001$). La media del título de anti-TGt fue significativamente superior en los pacientes con atrofia importante, frente a los de atrofia leve (92 vs 12 U/ml; $p < 0,001$). El análisis mediante regresión logística, mostró que únicamente los niveles de anti-TGt al diagnóstico, presentan un valor predictivo independiente para atrofia vellositaria y no con la edad, sexo o presencia de clínica clásica.

Valores elevados de anti-TGt predicen con mayor probabilidad, la presencia de atrofia importante, como demuestra el área bajo la

curva (0,854; IC 95% = 0,8-0,9). Valores de anti-TGt > 30 U/ml, presentan una especificidad del 95%, para diagnosticar una atrofia importante. Sin embargo, en casos de atrofia leve, un 30%, presentaban valores normales de anti-TGt.

Conclusiones: En la enfermedad celíaca del adulto, existe una correlación al diagnóstico, entre los niveles de anti-TGt y el grado de lesión histológica y permitiría predecir la presencia de atrofia vellositaria importante. Sin embargo, las formas leves, muestran frecuentemente valores negativos de anti-TGt, lo que junto con la clínica oligosintomática, que es la forma predominante en los adultos, obliga a elevar el umbral de sospecha y ampliar los criterios diagnósticos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.136

DATOS CLÍNICOS NO INVASIVOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON INGESTA DE CÁUSTICOS

J. Tosca^a, B. Herreros^b, R. Antón^a, M. Boscá^a, G. Pacheco^a, J. Lizarraga^a, A. García Bolos^a, M. Bañuls^a, A. Rodríguez^a, J. Santiago^a, A. Benages^a

^aServicio de Gastroenterología, H. Clínico Universitario, Universitat de València

^bSección Digestivo, Hospital Marina Baixa, Vila Joiosa

Introducción: La mortalidad inmediata en la ingesta cáusticos se relaciona con la intensidad de las lesiones esofagagástricas; ocasionalmente no es factible realizar endoscopia por malas condiciones clínicas del paciente/negativa de éste/no disponibilidad de la técnica; en esta situación la valoración de la gravedad del paciente y posible evolución fatal se debe realizar mediante datos clínicos y analíticos.

Objetivos: Identificar los datos clínicos relacionados con la mortalidad de pacientes con ingesta de cáusticos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo protocolizado (1995-2008) incluyendo datos demográficos, clínicos, analíticos, endoscópicos y evolutivos sobre 242 pacientes (107 hombres y 135 mujeres), edad $49,4 \pm 19,7$ años, con ingesta de álcalis (176), ácidos (50) y otros (16). Endoscopia no realizada en 21 pacientes (11 contraindicación, 10 negativa paciente); la ingesta fue voluntaria en 126 pacientes (52,1%). La mortalidad inmediata fue de 14 pacientes (5,78%) y sus datos se han contrastado versus pacientes no fallecidos. Las variables cualitativas se han analizado mediante chi-cuadrado; las variables con $p < 0,1$ se han sometido a regresión logística (Wald). Límite de significatividad estadística $p < 0,05$.

Resultados: Los 14 pacientes fallecidos han ingerido ácidos de forma voluntaria; en 8/14 pacientes fallecidos se ha realizado endoscopia que mostraba lesiones graves (grado III de Zargar). Las variables con significatividad estadística ($p < 0,05$) entre ambos grupos de estudio han sido: edad > 65 años, voluntariedad, ingesta de ácidos, síntomas digestivos (disfagia, hipersalivación, vómitos, dolor torácico y abdominal), síntomas respiratorios (disnea, ronquera, estridor), signos de exploración física (peritonismo y auscultación respiratoria patológica), signos patológicos en los estudios radiológicos simples de tórax y abdomen, lesiones ORL, leucocitosis superior a 15000 con desviación izquierda y acidosis metabólica. Las variables asociadas a resultado de muerte (regresión logística Wald) con significatividad estadística, analizadas según tipo de síntomas/signos son: edad > 65 años (OR 4,84, IC95% 1,60-14,62), hipersalivación (OR 3,96, IC95% 1,24-12,65), dolor abdominal (OR 3,56, IC95% 1,09-11,58), estridor (OR 17,39, IC95% 2,07-145,99), dolor torácico (OR 12,28, IC95% 2,94-51,28), lesiones laringe (OR 6,43, IC95% 1,26-32,67), ronquera (OR 6,40, IC95% 1,73-23,61), aire ectópico en abdomen (OR 65,29, IC95%