

hospitalario fue  $3,3 \pm 3,4$  días. Los síntomas de obstrucción gastro-duodenal medidos mediante el GOOSS mejoraron al menos 2 puntos en 57 pacientes ( $p < 0,000$ ). El índice de calidad de vida (Cuestionario EuroQol-5D) antes y después fue de  $10,17 \pm 2,07$  y  $10,04 \pm 2,65$  respectivamente. La localización antral-gástrica de la lesión se relacionó de forma significativa con una menor funcionalidad de la prótesis ( $p < 0,002$ ). Los pacientes en que no se utilizó control radiológico no presentaron mayor número de complicaciones ni mayor duración del procedimiento, pero requirieron mayor número de dilataciones ( $p < 0,005$ ). La supervivencia media fue de  $116,52 \pm 119,0$  días (rango 9–552 días). Las complicaciones fueron: hemorragia 7,0%, obstrucción tumoral tratada quirúrgicamente 2,8%, perforación 2,8%, dolor intenso 2,8%. Apareció obstrucción de la prótesis por crecimiento tumoral con necesidad de colocar una segunda prótesis 14,1%.

**Conclusiones:** Las prótesis entéricas son eficaces en la paliación de la obstrucción al vaciamiento gástrico en la neoplásica gastroduodenal, aunque no mejoran la calidad de vida. La localización antral-gástrica de la lesión se relaciona con una menor eficacia. La colocación sin control radiológico consigue tasas similares de funcionalidad y seguridad, aunque requiere mayor número de dilataciones previas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.012

#### ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO COMPARANDO ESCLEROSIS CON ADRENALINA FRENTE A ADRENALINA ASOCIADA A GAS ARGÓN EN PACIENTES CON HDA POR ÚLCERA PÉPTICA CON SANGRADO ACTIVO O VASO VISIBLE NO SANGRANTE

J.R. Aparicio, J. Martínez, L. Gómez-Escolar, G. Soler, F. Ruíz, G. Alonso, J.A. Casellas

*Unidad de Endoscopia Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante*

**Introducción:** La úlcera péptica representa la causa más frecuente de HDA. En pacientes con sangrado activo o vaso visible, el riesgo de resangrado es muy alto. La esclerosis con adrenalina constituye uno de los tratamientos endoscópicos más usados debido a su bajo coste y fácil disponibilidad. No obstante, hasta un 24% de los pacientes tratados con adrenalina resangran. El gas argón permite realizar electrocoagulación sin contacto directo con la mucosa, lo que permite su aplicación de forma tangencial a la lesión.

**Objetivos:** Comparar la eficacia de la esclerosis con adrenalina (Grupo I) frente al tratamiento combinado de adrenalina con gas argón (Grupo II) en la hemostasia inicial y recidiva hemorrágica en pacientes con HDA por úlcera péptica Forrest I y IIa. Como objetivos secundarios se evaluaron las necesidades transfusionales, necesidad de cirugía, exitus y estancia hospitalaria en ambos grupos.

**Métodos:** Ensayo clínico abierto randomizado aprobado por el comité de ensayos clínicos. Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con HDA por úlcera péptica Forrest I o Forrest IIa en la endoscopia urgente realizada en las primeras 24 horas del ingreso. Se excluyeron pacientes menores de 18 años, mujeres embarazadas y pacientes anticoagulados o con coagulopatía grave. Los pacientes fueron randomizados en el momento de la endoscopia mediante una lista de números aleatorios.

**Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes (39 en el grupo I y 38 en el grupo II) (59 hombres y 18 mujeres) con una edad media (SD) de 59,6 (17,2) años. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, localización de la úlcera, presencia de shock al ingreso, enfermedades concomitantes, consumo de AINEs y valores

de hemoglobina y hematocrito al ingreso. Sin embargo en el grupo I había más pacientes con sangrado activo: 56,4% vs 28,9%,  $p = 0,015$ . El tanto por ciento de hemostasia inicial fue del 100% en ambos grupos. El tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue significativamente mayor en los pacientes del grupo I frente a los pacientes del grupo II: 20,5% vs 5,3%,  $p = 0,047$ . No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a necesidad de transfusión: 61,5% vs 63,2%,  $p = 0,8$ ; necesidad de cirugía: 2,6% vs 2,6%,  $p = 0,98$ ; exitus: 5,1% vs 2,6%,  $p = 0,6$ ; días de ingreso: 8,1 (6,7) vs 7,7 (4,1),  $p = 0,8$  y complicaciones del tratamiento: 2,6% vs 2,6%,  $p = 0,9$ . Estratificando por grupos en función del estigma de riesgo de resangrado se observa como en los pacientes con sangrado activo (Forrest Ia y Ib) ( $n = 33$ ) el tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue similar en ambos grupos: 9,1% vs 9,1%,  $p = 1$ ; en cambio en los pacientes con vaso visible ( $n = 44$ ), el tanto por ciento de recidiva hemorrágica fue significativamente mayor en el grupo I: 35,3% vs 3,7%,  $p = 0,005$ .

**Conclusiones:** El tratamiento combinado con esclerosis con adrenalina y gas argón reduce significativamente el riesgo de resangrado en pacientes con HDA por úlcera péptica con vaso visible.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.013

#### FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES POST-COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE): ¿ES EL GRADO DE INVASIÓN TERAPÉUTICA DETERMINANTE DEL PORCENTAJE DE COMPLICACIONES MAYORES?

C. Huertas Nadal, M. Figa Francesch, M. Pérez Contreras, F. González-Huix

*Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Josep Trueta, Girona*

**Introducción:** La identificación de factores predictivos de complicaciones tras la realización de una CPRE es de considerable interés clínico. En los últimos años se ha descrito un descenso en la tasa de complicaciones a pesar del aumento progresivo del número de procedimientos terapéuticos invasivos.

**Objetivo:** Definir los factores predictores e incidencia de complicaciones mayores y pancreatitis post-CPRE en relación con el grado de invasión del procedimiento.

**Pacientes y métodos:** Desde septiembre de 1998 se registraron prospectivamente las CPRE realizadas incluyendo datos de filiación, indicación, parámetros bioquímicos, medicación administrada, procedimiento terapéutico, diagnóstico endoscópico y complicaciones. La CPRE fue considerada diagnóstica (D-CPRE), terapéutica (T-CPRE) (papilotomía estándar, precut o transpancreática) o terapéutica invasiva (I-CPRE) (extracción de cálculos y/o colocación de stent u otro procedimiento invasivo). Las complicaciones menores (dolor abdominal, inyección submucosa y sangrado autolimitado) y mayores (colangitis, hemorragia, pancreatitis y perforación) fueron registradas durante los 7 días subsiguientes al procedimiento. Las variables significativas en el análisis univariante para complicaciones mayores y pancreatitis fueron incluidas en un análisis de regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 2138 CPRE realizadas en un único centro (mujeres 52,2%; edad media:  $72,5 \pm 14,2$  años) de las cuales 3,5% fueron D-CPRE, 27,4% T-CPRE y 69,1% I-CPRE (35,2% extracción de cálculos, 32,9% extracción de cálculos+stent, 31,7% stent). Se realizó esfinterotomía en un 92,7% de los casos (estándar 73,1%, precut 18,1%, 1,4% transpancreática). 94 pacientes (4,4%)