

presentaron complicaciones mayores (pancreatitis 1,3%, colangitis 0,8%, perforación duodenal 1%, hemorragia 1,1%) y 173 menores (8%) (dolor abdominal 2,1%, sangrado leve 2,6%, fiebre 1%, otras 2,3%). 29 pacientes tuvieron más de una complicación. Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones mayores fueron: Freeman score > 1 (OR 3,12; IC 95%: 1,68–5,8; p = 0,001) y T-CPRE (OR 1,75; IC 95%: 0,99–3,07; p = 0,05). Los factores de riesgo para pancreatitis fueron: invasión ductal pancreática (opacificación o pase de la guía) (OR 5,23; IC 95%: 2,02–13,53, p = 0,001), Freeman score > 1 (OR 3,13; IC 95%: 1,34–7,28; p = 0,008), edad < 70 años (OR 2,32; IC 95%: 1,09–4,9; p = 0,028), y T-CPRE (OR 2,3; IC 95%: 1,1–5; p = 0,027). El subanálisis por el tipo de esfinterotomía (estándar vs precut) no modificó los resultados.

**Conclusion:** Una menor complejidad de canulación (Freeman < 2) y la preservación de la indemnidad ductal pancreática disminuyen la probabilidad de desarrollar complicaciones mayores o pancreatitis tras la CPRE. La realización de papilotomía, pero no de procedimientos terapéuticos invasivos (extracción de litiasis y/o colocación de stents), incrementa el riesgo de complicaciones post-CPRE.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.014

### LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (EUS) PANCREÁTICA PREDICE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) Y LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA (PC)

J.E. Domínguez Muñoz<sup>a,b</sup>, A. Alvarez Castro<sup>a,b</sup>, J. Lariño Noia<sup>a,b</sup>, L. Nieto<sup>b</sup>, J. Iglesias García<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Serv. Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago  
<sup>b</sup>Fundación para la Investigación en Enfermedades de Aparato Digestivo

**Introducción:** La valoración funcional del páncreas exocrino está limitada por invasividad y/o dificultades metodológicas. La USE consigue obtener imágenes de alta definición de los conductos y del parénquima pancreático. Nuestra hipótesis es que el número de criterios USE de PC y/o algunos hallazgos específicos de la USE pueden aportar información sobre la posibilidad de tener una IPE y la necesidad de tratamiento enzimático sustitutivo. El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la probabilidad de IPE (definida como maldigestión requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo) en función del número total de criterios USE y/o de la presencia de determinados criterios USE específicos en pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica.

**Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva y consecutiva 128 pacientes (edad media 52 años, rango 27–81, 104 hombres y 7 mujeres) diagnosticados de pancreatitis crónica en función de los hallazgos de CPRE y CPRM. La presencia de IPE fue evaluada mediante el test de aliento con triglicéridos marcados con <sup>13</sup>C, previamente optimizado por nuestro grupo. IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo fue definida como una recuperación total acumulada de <sup>13</sup>CO<sub>2</sub> < 57%. La USE fue realizada bajo sedación consciente mediante equipo lineal PENTAX EG-3870UTK e Hitachi 8500 por dos ecoendoscopistas expertos que eran ciegos para los resultados del test de función pancreática. Se evaluaron los diez diferentes criterios aceptados para el diagnóstico de pancreatitis crónica por USE (5 ductales y 5 parenquimatosos). Los datos se muestran como media y OR (95%IC), y analizados mediante t-student y análisis de regresión logística.

**Resultados:** 48 pacientes (37,5%) presentaron IPE. Los pacientes con IPE mostraron un mayor número de criterios USE

parenquimatosos (3,6 vs 3,0; p < 0,001), ductales (3,7 vs 2,5; p < 0,001) y totales (7,4 vs 5,6; p < 0,001). La probabilidad de presentar IPE en un modelo logístico se define mejor por la presencia de calcificaciones parenquimatosas (OR = 3,1; 95%CI: 1,2–8,5), litiasis ductal (OR = 4,2; 95%CI: 1,3–13,1) y dilatación del conducto pancreático principal (OR = 3,6; 95%CI: 1,2–10,5). La probabilidad de sufrir una IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con los 3 criterios es del 84%, mientras que es solo del 8% cuando ninguno de ellos está presente.

**Conclusiones:** La presencia en la USE de calcificaciones parenquimatosas y ductales, junto con una dilatación del conducto pancreático principal permite predecir la probabilidad de IPE requiriendo tratamiento enzimático sustitutivo en pacientes con PC. Esto puede ser clínicamente relevante en centros que no dispongan de test funcionales.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.015

### PAPEL DE LA INMUNOCITOQUÍMICA EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES EVALUADAS POR PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF)

F. Junquera<sup>a</sup>, N. Combalia<sup>b</sup>, M. Miquel<sup>a</sup>, R. Orellana<sup>b</sup>, E. Brullet<sup>a</sup>, S. Fernández<sup>b</sup>, E. Martínez-Bauer<sup>a</sup>, M. Gallach<sup>a</sup>, X. Calvet<sup>a</sup>, R. Campo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CIBERehd, Servicio de Aparato Digestivo

<sup>b</sup>Servicio de Patología, Corporación Parc Taulí, Sabadell

El análisis inmunocitoquímico de las muestras obtenidas por USE-PAAF a veces es necesario para llegar a un diagnóstico. Sin embargo no existen estudios sistemáticos que hayan evaluado el impacto diagnóstico de esta técnica.

**Objetivo:** Investigar la utilidad clínica, la frecuencia y el tipo de marcadores inmunocitoquímicos utilizados en las muestras obtenidas mediante USE-PAAF.

**Pacientes y métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes a los que se le practicó una USE-PAAF utilizando agujas de 22G y 19G. Los especímenes obtenidos fueron evaluados por un citopatólogo in situ. Se practicó estudio inmunocitoquímico cuando este fue necesario para llegar a un diagnóstico.

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes. La USE-PAAF logró el diagnóstico las lesiones en 98% de los casos. Se precisó análisis inmunocitoquímico en 29 de 125 pacientes (24%) para llegar a un diagnóstico. Se utilizaron diferentes paneles de marcadores inmunocitoquímicos: no-epiteliales (C-kit, CD 34, S-actina, vimentina, desmina, enolasa y proteína S-100), neuroendocrinos (CD 56, sinaptofisina, cromogranina, gastrina, glucagón, insulina), receptores hormonales (estrógenos, progesterona), epiteliales (Citoqueratinas: Cam 5.2, 7 y 20) y TTF-1, y linfoides (CD3, CD5, CD 15, CD 30, CD 20, CD 79a). Tras el análisis inmunocitoquímico el diagnóstico final fue: 10 GIST gástricos, 1 leiomioma gástrico, 6 tumores neuroendocrinos (1 MEN tipo I), 2 procesos linfoproliferativos (1 linfoma de Hodgkin y 1 linfoma B difuso), 3 carcinoma pulmonar pobremente diferenciados de célula no pequeña, 1 carcinoma escamoso pulmonar, 2 adenocarcinomas pulmonares, 3 linfadenopatías metastásicas (de mama, pulmón y colon) y 1 endometriosis rectosigmoide.

**Conclusión:** La inmunocitoquímica es necesaria en el 24% de los pacientes sometidos a USE-PAAF para alcanzar un diagnóstico

definitivo. Su uso depende de las indicaciones, siendo los marcadores no epiteliales los más frecuentemente utilizados en nuestra serie para poder diagnosticar las lesiones subepiteliales.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.016

## Enfermedad inflamatoria intestinal

### ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (CPDEC)

X. Calvet<sup>a,c</sup>, M. Vergara<sup>a,c</sup>, A. Montserrat<sup>a,c</sup>, F. Casellas<sup>b,c</sup>, O. Gallardo<sup>a,c</sup>, M. Miquel<sup>a,c</sup>, M. Casas<sup>a,c</sup>, D. Suarez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Universidad Autónoma de Barcelona, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

<sup>b</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

<sup>c</sup>CIBERhed, Instituto Carlos III

<sup>d</sup>Servicio de Epidemiología, Corporació Sanitària Parc Taulí

Actualmente, no hay ningún instrumento para medir de una forma uniforme el grado de discapacidad percibida en la enfermedad de Crohn (EC).

**Objetivo:** Elaborar y validar un cuestionario para cuantificar la discapacidad percibida por el paciente.

**Material y métodos:** 1) *Fase de elaboración:* Se desarrolló un cuestionario inicial de 50 preguntas, consultando con expertos clínicos en EC, entrevistando a un grupo reducido de pacientes y consultando las sentencias legales sobre discapacidad en la EC. Se administró a 106 pacientes con EC (48 hombres y 58 mujeres; edad 35,3±9). Localización de la EC: 31,3% ileon terminal, 27,7% colon y 34% ileocolica. Las preguntas se seleccionaron según el análisis factorial quedando un cuestionario de discapacidad (CPDEC) de 16 preguntas (rango de puntuación entre 16 y 64 puntos). 2) *Fase de validación.* Se incluyeron 108 pacientes con EC, (52 hombres y 56 mujeres; edad de inicio 34,9±9. Localización: 43,5% ileon terminal, 22,2% colon y 32,4% ileocolica. La actividad de la EC se valoró mediante el índice de Harvey-Bradshaw. Los pacientes rellenaron el CPDEC, el cuestionario reducido de calidad de vida en la EC (IBDQ-9) y el cuestionario de calidad de vida genérico Euroqol-5D (que incluye una tarifa de preferencias y una escala visual analógica-EVA). Con todos los datos se midieron las propiedades psicométricas del cuestionario: validez convergente, validez divergente y fiabilidad. La validez convergente valora si el cuestionario mide lo que se pretende medir. La validez discriminante determina si el cuestionario distingue entre dos subgrupos de pacientes (pacientes con EC activa vs EC inactiva). Asimismo, se midió la fiabilidad test-retest administrando el cuestionario dos veces separadas en quince días, si no había cambios clínicos en dicho período. Se calculó también la correlación intraclase y el alfa de Cronbach.

**Resultados:** *Fase de validación. Validez convergente:* La correlación de Spearman entre el CPDEC y el IBDQ-9 fue de 0,76 (p<0,001), con la actividad clínica de 0,60 (p<0,01), con el Euroqol-5D de 0,53 (p<0,01) y con el EVA r=0,48 (p<0,01). *Validez discriminante:* La actividad clínica se correlaciona con el CPDEC de forma significativa. *Fiabilidad test-retest:* La correlación obtenida entre el primer CPDEC y el segundo es de r=0,79 (p<0,01). *Correlación intra-clase:* 0.89. *Alfa de Cronbach:* 0.9.

**Conclusión:** El CPDEC es un cuestionario válido y fiable para evaluar la percepción de discapacidad en la EC.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.017

### ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL PARA EVALUAR LA INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN LA EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Loras<sup>a</sup>, L. Bujanda<sup>b</sup>, M. Mínguez<sup>c</sup>, C. Saro<sup>d</sup>, M. Andreu<sup>e</sup>, J.P. Gisbert<sup>f</sup>, J. Barrio<sup>g</sup>, E. Domenech<sup>h</sup>, O. Merino<sup>i</sup>, A. Abad<sup>j</sup>, I. Ordas<sup>k</sup>, F. Gonzalez-Huix<sup>l</sup>, G. Bastida<sup>m</sup>, M. Piqueras<sup>n</sup>, A. Gutierrez<sup>o</sup>, X. Calvet<sup>p</sup>, D. Ginard<sup>q</sup>, M. Torres<sup>r</sup>, F. Fernandez-Bañares<sup>a</sup>, J.M. Viver<sup>a</sup>, M. Esteve<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Mútua de Terrassa

<sup>b</sup>Hospital de Donostia

<sup>c</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia

<sup>d</sup>Hospital de Cabueñes

<sup>e</sup>Hospital del Mar

<sup>f</sup>Hospital de la Princesa

<sup>g</sup>Hospital Universitario Río Ortega

<sup>h</sup>Hospital Germans Trias i Pujol

<sup>i</sup>Hospital de Cruces

<sup>j</sup>Hospital de Viladecans

<sup>k</sup>Hospital Clínic de Barcelona

<sup>l</sup>Hospital Josep Trueta

<sup>m</sup>Hospital Universitario la Fe

<sup>n</sup>Hospital de Terrassa

<sup>o</sup>Hospital General de Alicante

<sup>p</sup>Hospital Parc Taulí

<sup>q</sup>Hospital de Son Dureta

<sup>r</sup>Hospital de l'Esperit Sant

**Introducción:** Los inmunosupresores pueden aumentar la replicación viral con exacerbación de la hepatitis B (VHB) y C (VHC). Existe escasa información con respecto a la influencia del tratamiento inmunosupresor en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) e infección viral simultánea. En pacientes hematológicos sometidos a terapia antineoplásica, se demuestra reactivación por el VHB que oscila del 14-78%, con un alto porcentaje de hepatitis fulminante (50% mortalidad), siendo la reactivación por el VHC menos frecuente.

**Objetivo:** Evaluar la influencia del tratamiento inmunosupresor en la evolución de la infección por el VHB y C en pacientes con EII.

**Métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo que incluye todos los pacientes con EII e infección por el VHB y/o VHC actual o pasada y que hayan recibido tratamiento inmunosupresor en 18 hospitales españoles. Se recopila información sobre el tipo y periodo de uso de los inmunosupresores utilizados y se evalúa la función hepática y marcadores virales pre, durante y postratamiento. Los datos se introducen en una base electrónica ([www.repentina.com](http://www.repentina.com)), finalizando el reclutamiento el 31 marzo 2009.

**Resultados:** En el momento del envío del resumen, disponemos de datos de los marcadores virales de 77 pacientes; 43 de los cuales con serología positiva para el VHB y 39 para el VHC. Cinco de estos tenían marcadores de ambas infecciones (antiHBc+AcVHC). En la tabla se muestra la evolución de la infección de los pacientes HBsAg y RNA-VHC positivos, en relación con la inmunosupresión.

	Casos	Reactivación	No reactivación	Datos incompletos
VHB (HBsAg)	13	53,8% (7/13)	46,1% (6/13)	0% (0/13)
VHC (RNA)	23	8,7% (2/23)	52,2% (12/23)	39,1% (9/23)