

**Conclusión:** El riesgo de aparición de reflujo gastroesofágico en pacientes con acalasia esofágica tras una DN eficaz es elevado. La realización de endoscopia a estos pacientes para detectar esofagitis es necesaria aún en ausencia de síntomas.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.026

## EXACTITUD DIAGNÓSTICA DEL GASTROANEL PARA LA VALORACIÓN NO INVASIVA DE LA GASTRITIS ATRÓFICA

A.G. McNicholl<sup>a</sup>, M. Forné<sup>b</sup>, J. Barrio<sup>c</sup>, C. De la Caba<sup>d</sup>, B. González<sup>e</sup>, R. Rivera<sup>f</sup>, M. Esteve-Comas<sup>b</sup>, F. Fernandez-Bañares<sup>b</sup>, B. Gras-Miralles<sup>e</sup>, A. Perez-Aisaf, J.M. Viver-Pi-Sunyer<sup>b</sup>, F. Bory<sup>e</sup>, M. Rosinach<sup>b</sup>, C. Loras-Alastruey<sup>b</sup>, C. Esteban<sup>a</sup>, S. Santolaria<sup>g</sup>, F. Gomollón<sup>h</sup>, J. Valle<sup>i</sup>, J.P. Gisbert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Princesa, Madrid

<sup>b</sup>Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona

<sup>c</sup>Hospital Río Hortega, Valladolid

<sup>d</sup>Hospital de Cabueñes, Gijón

<sup>e</sup>Hospital del Mar, Barcelona

<sup>f</sup>Hospital Costa del Sol, Málaga

<sup>g</sup>Hospital San Jorge, Huesca

<sup>h</sup>Hospital Clínico de Zaragoza, Zaragoza

<sup>i</sup>Hospital Virgen de la Salud, Toledo

**Antecedentes:** En estudios previos GastroPanel se ha descrito como una herramienta útil para el diagnóstico de la gastritis atrófica, mediante la determinación de cuatro marcadores séricos: Gastrina-17 basal (G-17), pepsinógeno I (PGI), pepsinógeno II (PGII) y anticuerpos frente a *H. pylori* (Hp-ac).

**Objetivo:** Determinar la eficacia del GastroPanel para el diagnóstico de gastritis atrófica.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, ciego, incluyendo pacientes dispépticos. Se determinaron G-17, PGI, PGII y Hp-ac mediante EIA (Biohit plc, Helsinki, Finlandia). Se obtuvieron tres biopsias de antro y 2 de cuerpo para su estudio histológico estándar y para el test rápido de la ureasa. Las biopsias fueron analizadas por un único patólogo experto que desconocía el resultado del GastroPanel.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes (76% mujeres, edad media 45 años, 53% *H. pylori*-positivos y 9,6% con gastritis crónica atrófica). Las concentraciones basales de G-17, PGI, PGII, cociente PGI/PGII y Hp-ac en pacientes con y sin gastritis atrófica fueron respectivamente: 30 vs 11 pmol/l, 85 vs 120 µg/l, 29 vs 22 µg/l, 5,4 vs 6,6, y 259 vs 175 EIU. Los resultados del GastroPanel se compararon con los del estudio histológico evaluado por un único patólogo experto (patrón de referencia), con los siguientes resultados de exactitud diagnóstica: Sensibilidad 63%; especificidad 77%; valor predictivo positivo (VPP) 23%; valor predictivo negativo (VPN) 95%; cociente de probabilidades positivo (CP+) 2,8; cociente de probabilidades negativo (CP-) 0,48. La exactitud de cada uno de estos marcadores para el diagnóstico de gastritis atrófica en la población de estudio se muestra en la tabla.

Marcador	ROC	Pto. Corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	CP+	CP-
G-17	0,76	8 pmol/l	75%	69%	21%	96%	2,4	0,36
PGI	0,65	30,9 µg/l	63%	88%	36%	96%	5,2	0,40
PGII	0,62	19,5 µg/l	75%	69%	21%	96%	2,4	0,36
PGI/PGII	0,61	5,5	63%	55%	9,1%	92%	1,0	0,94
Hp-ac	0,75	48,5 EIU	79%	71%	77%	75%	2,7	0,30

ROC: Área bajo la curva ROC.

**Conclusión:** Los resultados del presente estudio no muestran suficiente evidencia para justificar el uso sistemático del GastroPanel en el diagnóstico de gastritis atrófica.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.01.027

## LA CAPACIDAD DE INGESTA BASAL, MEDIDA MEDIANTE UN TEST DE SACIEDAD ESTÁNDAR, AYUDA A PREDECIR LA PÉRDIDA PONDERAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Ilzarbe Sánchez<sup>a</sup>, S. Torra Alsina<sup>a</sup>, J. Muñoz Galitó<sup>a</sup>, I.A. Ibáñez Zafón<sup>a</sup>, A. Castells Valldeperas<sup>a</sup>, L. Lechuga Zalaya<sup>a</sup>, J.M. Ramon Moros<sup>b</sup>, A. Goday Arnó<sup>c</sup>, F. Bory Ros<sup>a</sup>, M. Andreu Garcia<sup>a</sup>, S. Delgado-Aros<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Grup de Recerca en Entero-Neurologia Immuno-inflamatòria i Obesitat (ENIOR), IMIM-Hospital del Mar

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía del Hospital del Mar

<sup>c</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital del Mar, Barcelona

**Introducción:** La cirugía bariátrica tiene morbimortalidad y costes elevados. Es de interés sociosanitario desarrollar herramientas que permitan seleccionar los pacientes que más se podrían beneficiar de la cirugía para aumentar así su coste-eficacia.

**Objetivo:** Evaluar si la capacidad de ingesta aguda pre-cirugía, medida con un test de saciedad estándar validado, predice la respuesta a la cirugía bariátrica (restrictiva/malabsortiva).

**Métodos:** Pacientes atendidos en la Unidad de Obesidad Mórbida de nuestro hospital con criterios para cirugía bariátrica. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir *bypass* gástrico o *sleeve gastrectomy*, como parte de un ensayo clínico en curso. Se evaluó su capacidad de ingesta o saciedad (kilocalorías ingeridas hasta la saciedad máxima), antes y después de la cirugía. En el test de saciedad, los sujetos beben un nutriente (Ensure<sup>®</sup>: 1 kcal/ml) a velocidad constante (30 ml/min); cada 5 minutos se evalúa la saciedad y se suspende la ingesta cuando llegan a la saciedad máxima. La capacidad predictiva de la saciedad pre-cirugía sobre la saciedad y la pérdida ponderal (%) post-cirugía se evaluó mediante modelos de regresión múltiple incluyendo variables como sexo, edad, IMC, presencia de trastornos alimentarios (EAT-26), ansiedad-depresión (HADS) y tipo de cirugía. El mejor modelo fue seleccionado basándose en la mayor varianza explicada ( $R^2$ ) con el menor número de grados de libertad posibles. Los datos se muestran como medias  $\pm$  DS.

**Resultados:** Catorce mujeres ( $48 \pm 9$  años, IMC  $41 \pm 3$  kg/m<sup>2</sup>) fueron evaluadas antes y  $11 \pm 2,6$  meses post-cirugía (7 *bypass* gástricos, 7 *sleeve gastrectomies*) entre abril de 2007 y abril de 2008. La capacidad de ingesta disminuyó significativamente post-cirugía ( $-950 \pm 85$  kcal [ $70 \pm 8\%$  de la capacidad de ingesta basal];  $p = 0,002$ ) y de forma similar entre el *bypass* (reducción del  $72 \pm 7\%$ ) y el *sleeve* (reducción del  $68 \pm 8\%$ );  $p = 0,5$ . Hubo una pérdida significativa de peso tras la cirugía ( $-32 \pm 10$  Kg [ $30 \pm 8\%$  del peso basal] con un IMC medio post-cirugía de  $29 \pm 2$  kg/m<sup>2</sup>. El mejor modelo predictivo de pérdida ponderal tras cirugía ( $R^2 = 89\%$   $p = 0,0009$ ) incluyó: IMC basal ( $p = 0,0004$ ), tipo de cirugía ( $p = 0,01$ ) y capacidad de ingesta pre-cirugía ( $p = 0,006$ ). La pérdida ponderal fue mayor en pacientes con mayor exceso de peso y aquellos que recibieron *bypass* gástrico, independientemente de su IMC basal. Los pacientes con una mayor capacidad de ingesta pre-cirugía respondían peor independientemente de su IMC basal y tipo de cirugía recibida.