en la sala permitió la inmediata visualización microscópica del material obtenido. La AT se determinó mediante Telo TAGGG Telomerase PCR ELISA^{PLUS} (Roche). El diagnóstico final se definió por cirugía si el paciente era intervenido o por datos evolutivos.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (21 hombres; edad: $62,1 \pm 13,8$ años). El diagnóstico definitivo fue: ACP 17, masa inflamatoria 6, TPMI 2, otros 6. La precisión de la citología para el diagnóstico de ACP fue: S 82,4%; E 100%; VPP; 100%; VPV: 82,4%; mientras que la de la AT fue: S 52,9%; E 64,3%; VPP 64,3%; VPV 52,9%. De los tres pacientes con ACP en los que la citología fue negativa, la AT fue positiva en dos. Sin embargo, la AT fue positiva en cinco casos con citología negativa y que finalmente no eran ACP.

Conclusiones: La precisión diagnóstica para el diagnóstico de ACP de la citología es elevada en nuestro medio. Su combinación con la determinación de AT no mejora el diagnóstico pese a que incrementa el VPV.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.130

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL PANCREÁTICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

E. de-Madaria^a, J.R. Aparicio^a, G. Soler^a, J. Martínez^a, L. Sempere^a, F. Carnicer^a, I. López-Font^a, F. Lluís^b, M. Pérez-Mateo^a

^aUnidad de Gastroenterología

^bServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es un tumor pancreático productor de mucina que crece en el sistema ductal.

Objetivos: Describir las características clínicas de los casos de NMPI diagnosticados en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de NMPI en el Hospital General Universitario de Alicante entre 2005 y 2008.

Resultados: Se diagnosticaron 9 pacientes, 6 (66,7%) varones. La edad al diagnóstico fue 70 ± 10 años (rango 55-81). En 8 (88,9%) pacientes se sospechó la neoplasia por imagen típica en TAC, en 1 (11,1%) paciente se sospechó por ecoendoscopia (moco en papila). En 5 (55,6%) de los casos la NMPI era de rama periférica y en 4 (44,4%) de ducto principal. La clínica de presentación más frecuente fue pancreatitis aguda: 5 (55,6%) pacientes, seguida de dolor abdominal en 2 (22,2%), diagnóstico casual en prueba de imagen en 1 (11,1%) y síndrome constitucional en 1 (11,1%) paciente. En 2 (22,2%) casos la NMPI se asociaba a calcificaciones pancreáticas por pancreatitis crónica obstructiva. El diagnóstico definitivo en 8 (88,9%) pacientes se realizó por ecoendoscopia (citología positiva en 5, en el resto con citología negativa: presencia de moco en 2 pacientes y CEA elevado con lesión típica en 1). En 1 (11,1%) paciente se diagnosticó por moco en PAAF percutánea. En total se objetivó moco en la punción o en papila en 5 (55,6%) pacientes. La histología fue adenoma en 5 (55,6%) casos, borderline en 3 (33,3%, todos ellos de ducto principal) y desconocida en 1 (11,1%). El tratamiento fue quirúrgico en 4 (44,4%) pacientes (duodenopancreatocetomía cefálica en todos ellos). En 3 (33,3%) de ellos la indicación fue NMPI sintomática (pancreatitis aguda o dolor abdominal) y en 1 (11,1%) por NMPI de ducto principal. En 2 casos con NMPI borderline no se realizó cirugía por rechazo del paciente asociado a edad elevada. No hubo casos de neoplasia invasiva ni mortalidad.

Conclusiones: La presentación más frecuente de la NMPI es la pancreatitis aguda. El TAC es la prueba que suele sugerir el

diagnóstico y la ecoendoscopia la técnica que lo confirma. El análisis del líquido es eficaz en el diagnóstico. La histología más frecuente es adenoma. La NMPI de ducto principal es más agresiva histológicamente.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.131

PRONÓSTICO AL INGRESO POR PANCREATITIS AGUDA MEDIANTE UN SISTEMA CLÍNICO DE FÁCIL CÁLCULO: BISAP

G. Soler, E. de-Madaria, I. López-Font, L. Sempere, C. Sánchez-Fortún, J. Martínez, M. Pérez-Mateo

Unidad de Patología Pancreática, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: El sistema BISAP se ha descrito y validado recientemente como predictor de mortalidad al ingreso por pancreatitis aguda (PA) en un estudio poblacional. Consta de 5 elementos de fácil determinación, cada uno de los cuales tiene el valor de 1 punto: nitrógeno ureico en sangre > 25 mg/dl, alteración de estado mental, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, edad mayor de 60 años y presencia de derrame pleural. Su principal ventaja es que su cálculo es sencillo, en contraposición al sistema APACHE II que también ha mostrado valor pronóstico en el momento del ingreso hospitalario.

Objetivos: Comprobar la utilidad del sistema BISAP al ingreso en la predicción de complicaciones locales, sistémicas, mortalidad y gravedad de PA según criterios de Atlanta y compararlo con APACHE II.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se analizó una base de datos completada de forma prospectiva que incluía todo paciente con pancreatitis aguda ingresado en nuestro servicio desde enero a noviembre de 2008.

Resultados: Se analizaron 98 pacientes, 23% con PA grave. La mortalidad fue 5,1%. La etiología fue biliar en 46,9%, alcohol 14,3%, idiopática 16,3% y otras causas en 22,5%. De los 5 pacientes que fallecieron 2 mostraron en BISAP 1 punto, 2 de ellos 2 puntos y en 1 caso 3 puntos. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre BISAP y presencia de colecciones agudas, pseudoquistes, necrosis, fallo orgánico, gravedad ni mortalidad. APACHE II al ingreso se asoció a mortalidad ($9,2 \pm 5,6$ vs $6,1 \pm 3$, $p < 0,05$), fallo orgánico ($9,2 \pm 4,6$ vs 6 ± 3 , $p < 0,01$) y gravedad ($7,5 \pm 3,9$ vs $5,9 \pm 3$, $p < 0,05$). En el análisis COR el sistema BISAP mostró un área bajo la curva para mortalidad de 0,68 mientras que el sistema APACHE II fue 0,63.

Conclusiones: En nuestra muestra el sistema BISAP al ingreso no identifica eficazmente los casos fatales, ni predice las complicaciones locales o el fallo orgánico en la pancreatitis aguda. El APACHE II al ingreso se asoció de forma significativa a mortalidad, fallo orgánico y gravedad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.132

UTILIDAD DEL CONTRASTE ECOGRÁFICO (SONOVUE[®]) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES FOCALES PANCREÁTICAS

J.R. Aparicio^a, J. Martínez^a, A. Cabezas^b, J.A. Casellas^a

^aUnidad de Endoscopia Digestiva

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante

Introducción: La distinción entre cáncer de páncreas (CP) y masa inflamatoria puede ser difícil ya que la citología puede

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 hipervasculoso) 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 hipovasculoso) 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/hipervasculoso, el 100% de los pacientes con neoplasia presentaban un patrón hipovasculoso 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 hipovasculoso 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 hipervasculoso 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 hipervasculoso 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 coledococelo, 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 pancreática 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 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 fibrogastroscoopia 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