REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

CO-47. ESTUDIO COMPARATIVO DE CITOLOGÍA-BIOPSIA EN ESTENOSIS BILIAR EXTRAHEPÁTICA (EBE) MEDIANTE CPRE. ¿QUÉ ES MEJOR HACER PRIMERO? (CITBIOP VS. BIOPCIT)

Zaragoza Velasco, Natividad¹; Albuquerque Miranda, Marco²; Miñana Calafat, Josep¹; Figa Francesch, Monserrat²; Vargas García, Alba²; Domper Arnal, María José¹; Torres Vicente, Gisela¹; Miguel Salas, María Isabel¹; Reñé Espinet, Josep Maria¹; González-Huix Lladó, Ferrán³

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Clínica Girona. Girona. ³Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. Clínica Girona. Girona

Introducción: El diagnóstico anatomopatológico de las EBE con citología y biopsia es del 60%. Se desconoce si el orden de la toma de muestras (CITBIOP vs. BIOPCIT) puede mejorar la precisión diagnóstica en función del tipo de estenosis (benigna; colangiocarcinoma o tumor pancreático).

Objetivo: Determinar la precisión de la citología y biopsia y del orden en la toma de muestras mediante CPRE en el diagnóstico de EBE.

Material y método: Estudio prospectivo bicéntrico controlado y aleatorizado. Incluye 130 pacientes con EBE (enero/2015-abril/2018). Toma aleatoria de muestras mediante citología-biopsia vs. biopsia-citología durante la CPRE. Se evalúan variables demográficas y calidad de la muestra: impresión del endoscopista/enfermera, n.º pases, diagnóstico citológico/histológico, capacidad de paso de pinza de biopsia pediátrica (BostonScientific), diagnóstico acertado (por AP, evolución clínica: seguimiento 6 meses).

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes (54,6% hombres; edad $X 72,5 \pm 13,84$). Se consiguió pasar la pinza en 93,07%. Un 62,3% de las EBE fueron malignas (vía biliar: 52,3%; páncreas: 46,15%; otros: 1,53%). Se acertó el 95,9% de los casos de estenosis benignas y el 77,8% de malignas. No hubo diferencias significativas en orden de toma de muestras (benignas/malignas o colangioCa/páncreas), en el número de biopsias ni en la impresión endoscopista/enfermera. La especificidad de citología y biopsia fue del 100%; la sensibilidad fue: citología = 69,2% y biopsia = 71% con un aumento hasta el 82% al combinar ambas técnicas.

Conclusiones: La toma de biopsias intrabiliares es factible en un porcentaje muy alto de pacientes. Independientemente de la etiología de la estenosis biliar el orden de la toma de muestras (primero citología y luego biopsia o al revés) no altera la tasa de acierto diagnóstico (EBE benigna vs. maligna y ColangioCa vs. Cáncer de páncreas). La sensibilidad se incrementa sustancialmente cuando se asocian ambas técnicas (citología+biopsia).