

Figura 4

### Conclusiones

Hemos obtenido bajas tasas de rechazo tanto agudo como crónico en nuestra serie, con buen control del primero con ajuste de inmunosupresión y/o administración de bolos de esteroides. La mitad de los pacientes con rechazo crónico han precisado trasplante. La mayoría de las causas de mortalidad han sido por problemas no relacionados con el rechazo.

### COMUNICACIONES VIDEOFORUM

#### VF-01. DIVERTÍCULO DE ZENKER TRATADO CON STAG BEETLE KNIFE (SB JR, SUMITOMO BAKELITE).

MARTÍN-GUERRERO, JM<sup>1</sup>; BELDA-CUESTA, A<sup>1</sup>; BONET-PADILLA, M<sup>1</sup>; CABELLO-RAMÍREZ, M<sup>1</sup>; CARRILLO-DE ALBORNOZ PALLARÉS, MT<sup>1</sup>; MARÍN-MARTÍN, J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, OSUNA. <sup>2</sup>SERVICIO MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, OSUNA.

#### Introducción

El divertículo de Zenker puede ser tratado con éxito mediante endoscopia flexible. Se han utilizado varios métodos para cortar el tabique del divertículo, como el Ligasure™, Needle-Knife y otros dispositivos de disección submucosa. Recientemente se han reportado varias series que utilizan el disector SB JR 3,5 mm.

#### Caso clínico

Un paciente de 72 años de edad, varón con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue ingresado en el hospital por insuficiencia respiratoria y pérdida de peso. El estudio del bario mostró un divertículo de Zenker de

8 cm de tamaño (Figura 1). El procedimiento se realizó bajo sedación con midazolam y propofol controlados por el endoscopista sin intubación traquea siendo bien tolerado por el paciente con saturación de oxígeno alrededor del 92%. Inicialmente decidimos realizar el procedimiento con un cap y una sonda nasogástrica con un SB standard de 7 mm. Utilizamos una unidad electroquirúrgica Olympus PSD 60 Olympus en modo de endocut 120 W efecto 1. El primer pulso de corriente fue coagulación forzada de 30 W. La exposición del tabique no fue adecuada y después de varios cortes decidimos posponer el caso hasta tener un diverticuloscopio (ZDO). Después de varias semanas, obtuvimos un ZDO que colocamos a través de una guía previamente introducida en el esófago bajo control endoscópico. Cuando colocamos el ZDO el tabique quedó perfectamente expuesto (Figura 2) lo que nos permitió realizar el procedimiento de forma más segura, rápida y eficaz, con una duración de 30 minutos y un corte septum de 4 cm. El ZDO también es importante porque ayuda a definir el final del fondo del divertículo y ayuda a definir la longitud de la incisión del tabique. En este caso, utilizamos el SB junior's 3,5 mm que permite rotar y ajustar el corte con gran precisión (Figura 3). Al final del procedimiento, se colocaron tres clips hemostáticos para evitar el sangrado y la perforación retardados (Figura 4). Se realizó EGD postratamiento que no mostró ninguna extravasación de bario fuera de la luz del esófago. Al día siguiente, el paciente tragó líquidos sin problemas.



Figura 1

EGD que muestra un divertículo de Zenker de 8 cm.

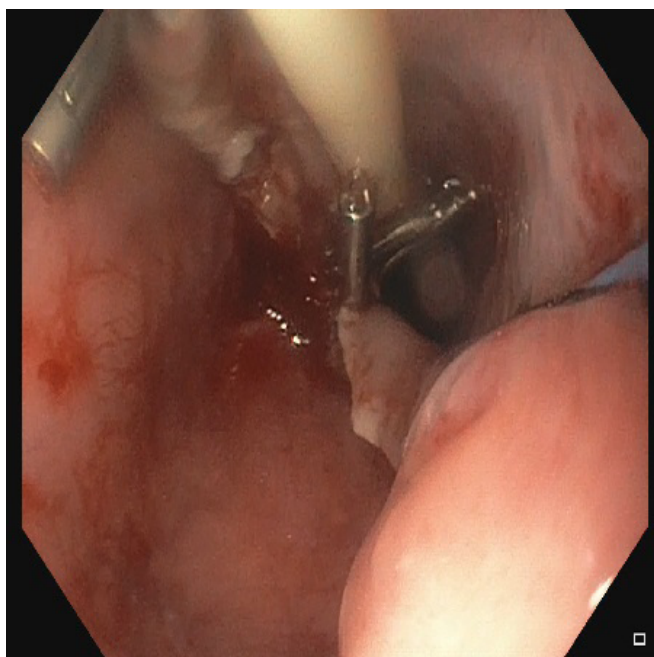


Figura 2

El diverticuloscopio permite aislar y exponer muy bien el tabique del divertículo.



**Figura 3** SB JR 3,5 mm, que permite un corte muy preciso del tabique del divertículo.



**Figura 4** Al final del procedimiento, colocamos tres clips hemostáticos al fondo del divertículo, para prevenir sangrado o perforación diferida.

### Discusión

Presentamos este caso para resaltar 1) que la sedación administrada por endoscopista permitió tratar a un paciente con alto riesgo quirúrgico para la intubación traqueal, 2) la importancia de un ZDO para exponer el tabique claramente y ayudar a definir la longitud de la incisión y 3) el uso de este tipo de disector que permite una incisión precisa dirigida del tabique.

## VF-02. PAPILOPLASTIA Y PRÓTESIS BILIAR METÁLICA TOTALMENTE RECUBIERTA COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS PAPILAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DEL SUMIDERO.

MARTÍN-GUERRERO, JM; BELDA-CUESTA, A; BONET-PADILLA, A; CABELLO-RAMÍREZ, M; CARRILLO-DE ALBORNOZ PALLARÉS, MT; MARÍN MARTÍN, J

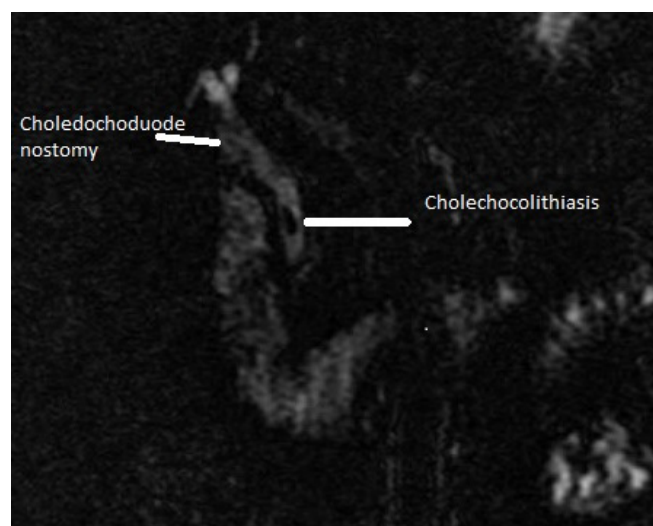
UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, OSUNA.

### Introducción

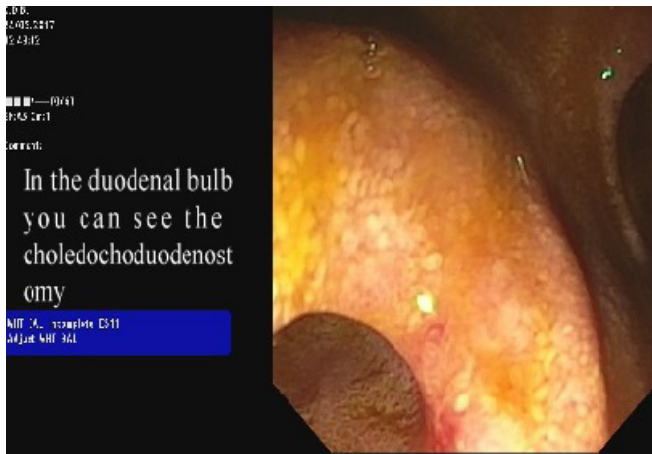
El síndrome del sumidero es una complicación tardía de las intervenciones bilioentericas del tipo coledocoduodenostomía. Su incidencia se sitúa entre 0-9,6% de este tipo de cirugía. Aunque el abordaje quirúrgico fue el tratamiento, por vía endoscópica mediante esfinterotomía, esfinteroplastia, colocación de prótesis plástica o metálica totalmente recubierta o combinación de varias de estas técnicas también se puede resolver.

### Caso clínico

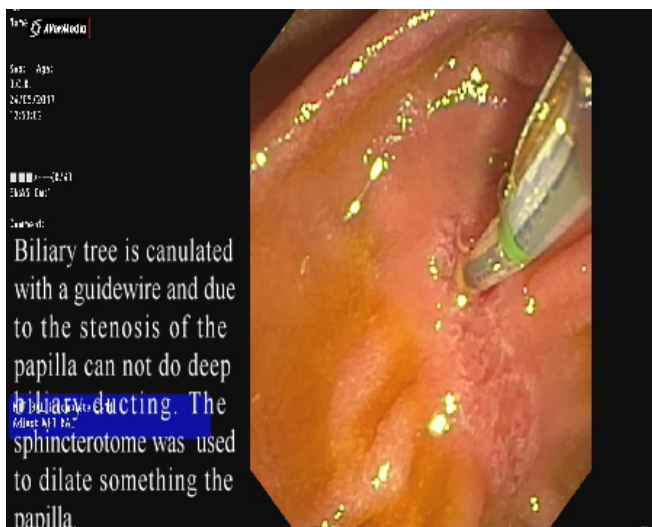
Paciente, mujer de 71 años con antecedentes personales de colecistectomía con coledocoduodenostomía 20 años antes. CPRE en 2007 con esfinterotomía de la papila, en otro hospital. Desde 2013 colangitis de repetición, Una colangio RNM (Figura 1) muestra datos de coledocolitiasis subcentimétricas. Realizamos CPRE apreciándose coledocoduodenostomía en bulbo duodenal que es permeable (Figura 2), sin estenosis. Se aprecia la papila estenosada (Figura 3) y se canaliza con guía. Posteriormente se procede a dilatar la papila con balón de 10 mm de diámetro y para mantener la dilatación optamos por dejar una prótesis metálica totalmente recubierta (Figura 4) que se recambiará en seis meses. La paciente presentó pancreatitis post CPRE que se trató médicamente.



**Figura 1** ColangioRNM que muestra la anastomosis bilioentérica y una coledocolitiasis.



**Figura 2**  
 Coledocoduodenostomía que es permeable, sin estenosis.



**Figura 3**  
 Papila de Vater estenosada.



**Figura 4**  
 Prótesis metálica totalmente recubierta en vía biliar para mantener la dilatación de la papila tras la dilatación con balón (papiloplastia).

## Discusión

El tratamiento de la estenosis post CRPE conlleva alto riesgo de complicaciones. Sangrado o perforación en caso de reesfinterotomía y pancreatitis en caso de dilatación o colocación de prótesis. Dado que solo la dilatación conlleva un porcentaje de reestenosis de 8%, optamos por mantener la dilatación con prótesis “fully covered”. Sin embargo posiblemente una combinación de esfinterotomía más dilatación o reesfinterotomía más prótesis podría ser el mejor tratamiento.

## VF-03. TÉCNICA DE RESCATE ANTE LA ROTURA DEL ASA DEL SISTEMA FTRD® (FULL THICKNESS RESECTION DEVICE) EN LESIÓN RECTAL.

SORIA-LÓPEZ, E<sup>1</sup>; SÁNCHEZ-YAGUE, A<sup>1</sup>; PUYA-GAMARRO, M<sup>2</sup>; MÉNDEZ-SÁNCHEZ, IM<sup>1</sup>; GONZÁLEZ-CANÓNIGA, Á<sup>1</sup>; LÓPEZ-MUÑOZ, C<sup>1</sup>; RIVERA-IRIGOIN, R<sup>1</sup>; SÁNCHEZ-CANTOS, AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>2</sup>SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

## Introducción

La resección endoscópica mediante FTRD® System de Ovesco (full thickness resection device) es una técnica eficaz para la resección transmural de lesiones colorrectales. Está compuesto por un clip de nitinol y un asa premontada en el extremo distal del capuchón. En nuestro caso, durante el proceso de resección se rompió el asa preposicionada, obligando a buscar una técnica de rescate.

## Caso clínico

Paciente con lesión rectal polipoidea de 20 mm con resección incompleta en otro centro. En la rectoscopia observamos lesión residual macroscópicamente (biopsia de márgenes: mucosa rectal con foco de tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo tumor neuroendocrino) decidiéndose resección con bandas. Tras la mucosectomía la biopsia informa de que el tumor contacta focalmente con el borde de resección profundo/submucosa, sin invasión linfocelular, por lo que decidimos resección de espesor completo con el dispositivo FTRD.

Previo marcaje de la lesión se introdujo endoscopio con el sistema FTRD montado, traccionando de la lesión con pinza para su entrada en el capuchón y liberando adecuadamente el clip FTRD. Al comenzar a resecar la lesión con corte-coagulación mediante el asa FTRD integrada en el sistema, el asa se rompió, por lo que la lesión no quedó reseca. Como alternativa, introdujimos endoscopio con capuchón transparente y mediante un asa monofilamento de 15 mm pudimos resecar la lesión en una pieza y sin complicaciones.

## Discusión

En caso de rotura del asa preposicionada en el sistema FTRD, se puede emplear con eficacia un asa monofilamento, con especial atención durante su posicionamiento por la dificultad que supone

la presencia de los extremos del clip previamente colocado, que están parcialmente elevados.



Figura 1

Tatuaje de la lesión.

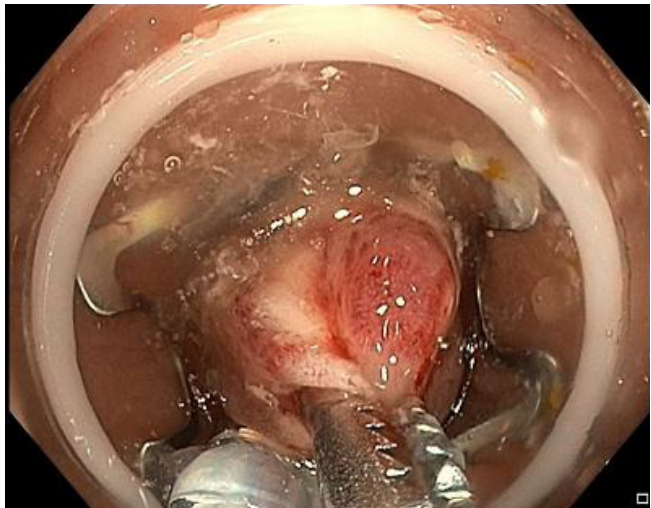


Figura 2

Tracción de la lesión.



Figura 3

Liberación clip.

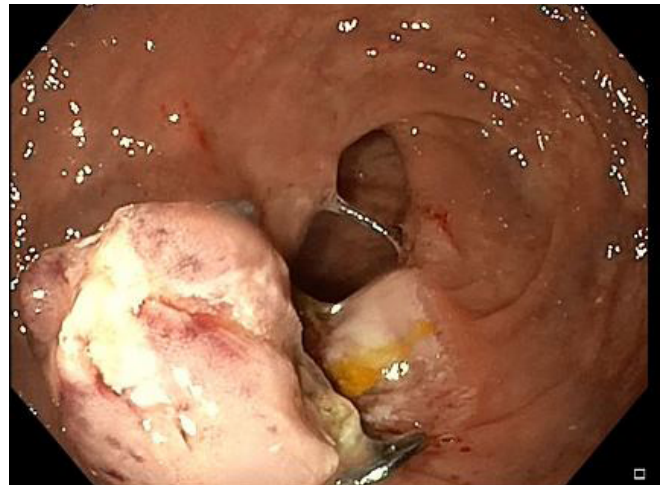


Figura 4

Rotura asa premontada.

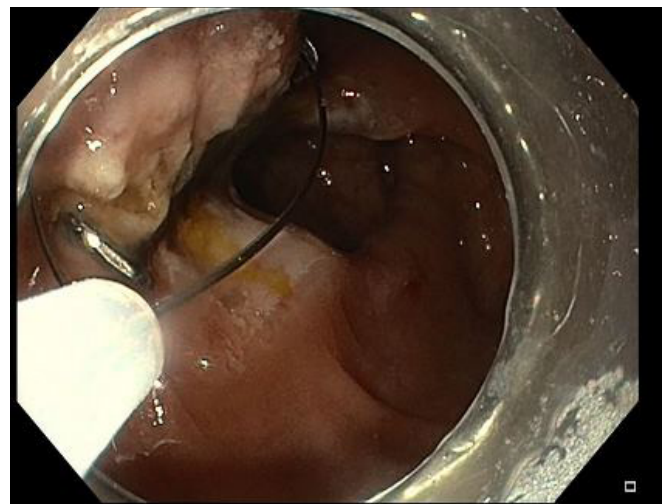


Figura 5

Posicionamiento asa monofilamento.



Figura 6

Resección de la lesión.