

## Resultados

La eficacia erradicadora global de la terapia fue del 94,4% de los casos (n=184/195). Según la línea de tratamiento el éxito en primera línea fue del 96,5%, en segunda fue del 90%, en tercera 83% y en cuarta 66%. 11 pacientes no erradicaron: 2 abandonaron el tratamiento y 9 completaron (5 en primera línea, 1 en segunda, 2 en tercera y 1 en cuarta). En ellos se usaron terapias con quinolonas: cuádruples con levofloxacino y bismuto o triples con moxifloxacino como terapia erradicadora de rescate de forma satisfactoria.

La tolerancia del tratamiento fue buena, excepto en 5 pacientes (2,6%) refirieron no tolerarlo adecuadamente. La eficacia fue del 92,9% en pacientes con buena tolerancia, del 6% sí era regular y del 1,1% sí era mala (p=0,002).

La frecuencia de falta de cumplimiento completo de la terapia fue del 2,1% (4 pacientes). El éxito erradicador fue del 98,9% sí se completó el tratamiento comparado con el 1,1% sí se abandonaba antes de terminar (p=0,005).

Un 30% de pacientes presentaron efectos adversos (Tabla 2), predominando las náuseas y la diarrea.

## Conclusiones

Según nuestros resultados la terapia cuádruple con bismuto es eficaz y segura con un 94,4% de tasa de éxito. La eficacia del tratamiento se asoció a un cumplimiento completo y buena tolerancia al mismo. La mayoría de los efectos secundarios son leves y no obligaron a suspender el tratamiento. La terapia de rescate óptima ante los fallos de la misma son regímenes con quinolonas de tercera generación.

## COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA ENDOSCOPIA

### CP-001. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA EN EL ESÓFAGO DE BARRETT. EXPERIENCIA LOCAL.

BELVIS JIMÉNEZ, M; GUERRA VELOZ, MF; CHAARO, D; HERGUETA, P; CAUNEDO, A; RODRIGUEZ-TÉLLEZ, M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

## Introducción

El esófago de Barrett (EB) es el resultado de la lesión producida por la exposición crónica del epitelio del esófago al reflujo gastroesofágico, reemplazándose el epitelio escamoso estratificado que normalmente se encuentra en el esófago distal por un epitelio columnar metaplásico. Esto supone un factor de riesgo

para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico. El objetivo del tratamiento con ablación por radiofrecuencia (RFA) es destruir el epitelio metaplásico que haya desarrollado displasia en la evolución con corriente eléctrica y estimular la reaparición del epitelio plano estratificado del esófago distal.

## Objetivo

Analizar la eficacia del tratamiento con HALO en pacientes con EB y displasia remitidos a la Unidad de Endoscopias.

## Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo en el que incluimos a todos los pacientes con EB con displasia tratados mediante RFA desde junio 2011 hasta octubre de 2018 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

## Resultados

Desde el 2011, se han tratado con RFA un total de 25 pacientes en nuestro centro, la mayoría de ellos varones (24/25), con una media de edad de 58 años (rango 41-84 años). La indicación de la realización del procedimiento fue: displasia de bajo grado (DBG) en el 80% (20/25), y displasia de alto grado (DAG) en el 20% (5/25). La longitud del EB osciló entre 2 y 14 cm (media 7 cm).

21 pacientes fueron tratados inicialmente con catéter circunferencial (HALO/Barxx 360º) y 4 con catéter focal (HALO/Barxx-90). Se realizó una media de 2 sesiones, con un máximo de 3 sesiones en cuatro pacientes. La endoscopia de control se realizó 12 semanas post-RFA.

Paciente	Sexo	Edad	Clasificación de Praga	Número sesiones	Tipo RFA	Indicación RFA	Control Histológico
1	H	55	C3M3	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
2	H	64	C4M5	3	Halo 360 + 90	DAG	no metaplasia, ni displasia
3	H	66	C1M2	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
4	H	62	C5M7	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
5	H	61	C2M5	1	Halo 360	DAG	Lesiones sobrelevadas/DAG
6	H	64	C2M4	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
7	H	68	C0M3	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
8	H	70	C3M4	3	Halo 90	DAG	EB con DBG
9	H	52	C3M5	2	Halo 360 + 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
10	H	41	C2M4	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
11	H	57	C3M5	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
12	H	43	C2M7	2	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
13	H	64	C11M11	3	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
14	H	84	C12M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia
15	H	55	C4M7	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
16	H	42	C10M10	2	Halo 360	DBG	EB sin displasia
17	H	55	C7M10	1	Halo 360	DBG	EB con DAG
18	H	75	C5M8	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
19	H	41	C4M7	1	Halo 360	DBG	
20	H	51	C13M14	1	Halo 360	DBG	EB con DBG
21	H	50	C1M2	1	Halo 90	DBG	no metaplasia, ni displasia
22	M	59	C4M8	1	Halo 360	DBG	
23	H	58	C8M8	1	Halo 360	DBG	extensa metaplasia intestinal
24	H	51	C4M6	1	Halo 360	DBG	no metaplasia, ni displasia
25	H	70	C1M13	1	Halo 360	DAG	no metaplasia, ni displasia

Tabla 1  
Pacientes HALO.

- 8 pacientes presentaron respuesta completa tras la primera RF, 6 tras la 2 RF, 3 tras la 3 RF.
- 2 pacientes tienen pendiente la endoscopia de control
- 4 pacientes presentan pobre respuesta (3 pacientes fueron derivados a cirugía: 1 persistencia DAG, 2 persistencia EB sin displasia con RGE severo; 1 paciente con persistencia DBG fue exitus por otra causa).
- 2 pacientes, uno con persistencia DBG y otro EB sin displasia están pendientes una segunda RF.

Tasa respuesta completa 17/22 = 77,3%.

Tasa de respuesta completa o parcial 21/23 = 91%.

No se observaron complicaciones inmediatas durante el procedimiento. Como complicación tardía sólo hubo una estenosis que se resolvió con dilataciones endoscópicas periódicas.

### Conclusiones

La ablación por radiofrecuencia es una técnica segura y eficaz en pacientes con EB que presentan algún tipo de displasia, lográndose respuesta completa en la mayoría de los pacientes.

### CP-002. ABORDAJE SELECTIVO DE LA VÍA BILIAR MEDIANTE CPRE EN CASOS DE PSEUDOQUISTES COMPLICADOS CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA

LOPEZ-TOBARUELA, JM; VADILLO-CALLES, F; MARTÍNEZ-CARA, JG; ORTEGA-SUAZO, EJ; HERRADOR-PAREDES, M; ABELLÁN-ALFOCEA, P; FERNANDEZ-FERNANDEZ, E; LIBRERO-JIMÉNEZ, M; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

### Introducción

La pancreatitis consiste en una inflamación de la glándula pancreática, que según su patogenia y duración se clasifica en aguda o crónica. Durante el curso de la enfermedad, hasta un 10% de pacientes desarrollan complicaciones locales, como la necrosis pancreática o el pseudoquiste pancreático. El pseudoquiste es una colección líquida periglandular, encapsulada, con pared bien definida y mínima o nula necrosis en su interior. En algunos casos, estas colecciones pueden causar obstrucción biliar por compresión externa, produciendo dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia.

### Caso clínico

Se presentan dos casos de estenosis de la vía biliar por pseudoquistes pancreáticos:

En primer lugar, varón de 55 años con pancreatitis aguda 7 meses antes que comienza con molestias en hemiabdomen superior de menor intensidad respecto a episodio previo, ictericia, acolia, prurito y pérdida de 20 Kg de peso. Analíticamente destaca bilirrubina total (BT) de 40 mg/dL y marcada citolisis y colestasis. En colangio-RMN y USE, se aprecian varias colecciones sugerentes de

pseudoquistes, sin evidencia de litiasis en la vía biliar y con signos de compresión extrínseca a nivel de colédoco distal. Se realiza CPRE con colocación de prótesis metálica totalmente recubierta. 48 horas después presenta importante mejoría sintomática y bioquímica.

En segundo lugar, varón de 51 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y coluria. Analíticamente destaca BT10 mg/dL, amilasa 1.656 mg/dL y aumento de enzimas de colestasis. En ecografía abdominal, TC y USE se evidencian colelitiasis, hallazgos compatibles con pancreatitis aguda y formación quística en cabeza pancreática de 3x4 cm que comprime vía biliar. El episodio se resuelve con tratamiento médico pero tres meses después reingresa por nuevo episodio de pancreatitis aguda con persistencia de la colección, realizándose CPRE con colocación de prótesis plástica en colédoco, permaneciendo desde entonces asintomático.



Figura 1

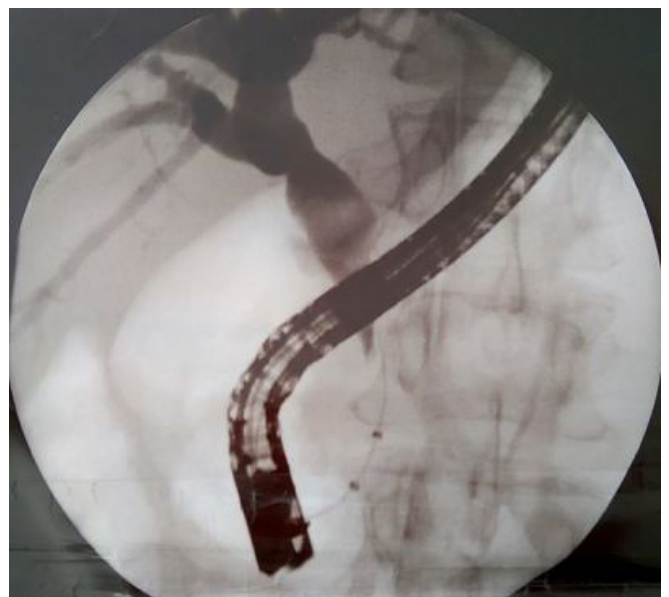


Figura 2

## Discusión

Los datos clínicos en un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica que sugieren complicación (neoplasias, pseudoquistes pancreáticos, necrosis, compresión de la vía biliar etc.) son dolor abdominal, saciedad precoz, pérdida de peso y, sobre todo, ictericia. Debemos realizar una prueba de imagen abdominal para confirmar la sospecha clínica.

En el caso del pseudoquiste pancreático complicado, además del drenaje de la colección guiado por ecoendoscopia, la CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis biliar pueden ser suficientes cuando la ictericia obstructiva es la única complicación derivada de la colección.

## CP-003. ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A BACTERIEMIA TRAS DILATACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA

LÓPEZ-TOBARUELA, JM; VALVERDE-LOPEZ, F; LOPEZ-HIERRO RUIZ, M; ABELLÁN-ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ-CANO, MC; VADILLO-CALLES, F; FERNANDEZ-FERNANDEZ, E; ORTEGA-SUAZO, EJ; HERRADOR-PAREDES, M; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

## Introducción

El absceso hepático es una inflamación purulenta, más o menos circunscrita, del parénquima hepático. Aparece frecuentemente en relación a cuadros de peritonitis aguda, por diseminación a través de la circulación portal de contenido intestinal o bien por extensión directa en una infección biliar. En otros casos, pueden desarrollarse por heridas quirúrgicas o penetrantes, así como diseminación hematogena vía arterial en el contexto de una bacteriemia, normalmente debida a un cuadro séptico, si bien existen otras causas menos frecuentes de bacteriemia que también debemos tener en cuenta.

## Caso clínico

Paciente de 58 años con antecedente de ingesta de cáusticos en la infancia, que requirió dilataciones de esófago durante años y que a los 55 es diagnosticada de carcinoma epidermoide de esófago, siendo tratado con QT + RT concomitante. Posteriormente desarrolla una estenosis actínica con mala respuesta a dilataciones endoscópicas sucesivas, por lo que se decide colocación de prótesis esofágica biodegradable. Dos semanas después acude a Urgencias por dolor abdominal centrotorácico/epigástrico de 24 horas de evolución, irradiado a hipocondrio derecho, con fiebre de hasta 39°C, refiriendo haber presentado febrícula desde el día siguiente al alta. Radiografía de tórax y sedimento de orina sin alteraciones.

Analíticamente, destaca leucocitosis de 13.630 con neutrofilia del 80%, así como leve elevación de enzimas de citolisis y colestasis y PCR de 209 (normal:  $\leq 5$ ). Se realiza TAC abdominal, informado como

“hepatomegalia a expensas de lóbulo izquierdo. En la transición entre los segmentos 5 y 8, lesión focal hipodensa de 3,3x3,3x3,7 cm, de componente predominantemente líquido con realce progresivo de algunos septos intralesionales, sugerente de absceso hepático”. Se coloca drenaje pigtail guiado por ecografía y se envían muestras a Microbiología, aislándose en el cultivo un *Streptococcus intermedius*, que se trató en primer lugar con meropenem intravenoso, desescalándose posteriormente a levofloxacino oral.



Figura 1

Tratamiento recibido.



Figura 2

Tratamiento recibido.

## Discusión

Los procedimientos endoscópicos son causa reconocida de bacteriemia transitoria, especialmente frecuentes tras la esclerosis de varices y la dilatación de estenosis esofágicas. Se han descrito casos de endocarditis bacteriana, abscesos cerebrales y meningitis, pero es difícil encontrar casos comunicados sobre abscesos hepáticos. En nuestro caso, la relación causa-efecto y la no existencia de otro foco dan fuerza a esta relación. Los pacientes inmunocomprometidos,

así como los cirróticos, pueden beneficiarse de profilaxis antibiótica cuando se someten a procedimientos endoscópicos considerados de alto riesgo.

#### CP-004. BALL-VALVE POLYP SYNDROME RESUELTO MEDIANTE POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA

CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; GONZÁLEZ LÓPEZ, C; CAMACHO MONTAÑO, LM; LEAL TÉLLEZ, J; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC Aparato Digestivo. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

##### Introducción

El síndrome del pólipo gástrico con efecto valvular consiste en el prolapsos de un pólipo gástrico pediculado a través del píloro hacia el bulbo duodenal, provocando una obstrucción al vaciamiento gástrico. Descrito por primera vez por Hoobs y Cohen en 1946, se trata de una entidad rara pero de gran importancia clínica ya que puede derivar en cuadros de abdomen agudo.

##### Caso clínico

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia y antiagregada de forma preventiva. En analítica de control se objetiva anemia de perfil ferropénico siendo derivada a digestivo para completar estudio.

A la anamnesis dirigida la paciente refiere sensación de plenitud postprandial y pérdida de apetito en los últimos meses. Se programa estudio endoscópico con colonoscopia inicial normal. En la endoscopia digestiva alta se observa un pólipo gástrico antral multinodular de unos 3 centímetros prolapsado a través de un amplio pedículo hacia el bulbo duodenal. Con la insuflación y distensión a nivel prepilórico se consigue su retracción hacia cámara gástrica (**Figura 1**). Se realiza polipectomía endoscópica mediante asa de alambre con corriente mixta de coagulación y corte (**Figura 2**) previa inyección de adrenalina 1:10.000 en la base del pedículo. Tras la polipectomía se produjo un sangrado arterial sobre la escara que se controló mediante la colocación de dos hemoclips (**Figura 3**). Se recuperó la lesión para estudio anatomopatológico (**Figura 4**) con resultado de pólipo hiperplásico. Actualmente la paciente se encuentra asintomática con valores de hemoglobina dentro de la normalidad.

##### Discusión

El "ball-valve polyp syndrome" se manifiesta habitualmente con clínica de obstrucción intermitente al vaciamiento gástrico.

La endoscopia nos permite su diagnóstico, siendo característico visualizar el píloro ocupado por el pedículo del pólipo gástrico proyectado hacia el bulbo duodenal (signo del anillo de la bufanda o "scarf-ring sign"). Así mismo es frecuente la retracción espontánea del pólipo hacia cámara gástrica tras la insuflación. La polipectomía endoscópica es la técnica de elección para su manejo terapéutico. El estudio histológico suele corresponder con pólipos



Figura 1



Figura 2



Figura 3

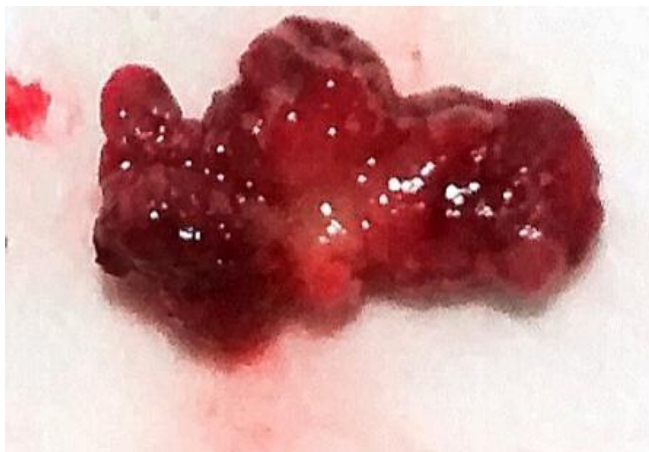


Figura 4

hiperplásicos, pólipo fibroides inflamatorios (tumor de Vanek) y lipomas, existiendo casos descritos de adenocarcinoma.

### CP-005. CAUSA INFRECIENTE Y GRAVE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: FÍSTULA AORTOENTÉRICA

RUIZ RODRIGUEZ, AJ<sup>1</sup>; AGUDO MONTORE, M<sup>2</sup>; DÍAZ ALCÁZAR, MM<sup>1</sup>; ROA COLOMO, A<sup>1</sup>; VIDAL VÍLCHEZ, B<sup>1</sup>; GARCÍA MÁRQUEZ, J<sup>1</sup>; ZUÑIGA DE MORA FIGUEROA, B<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. <sup>2</sup>SERVICIO CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

#### Introducción

La fístula aortoentérica es una patología infrecuente que se produce por una comunicación entre la arteria aorta y una parte del tracto gastrointestinal, generalmente la tercera o cuarta porción del duodeno.

#### Caso clínico

Varón de 53 años con antecedentes de paraplejía tras lesión medular traumática, colecistectomizado e intervenido de rotura de aneurisma de aorta abdominal contenida por retroperitoneo hace 1 mes con colocación de prótesis de Dacron que acude derivado a hospital de referencia de Cirugía Vasculat para drenaje de colección periprotésica. En su estancia en planta, comienza con episodio de melenas con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de perfusión de Noradrenalina y transfusión de 3 hemoconcentrados de hematíes. Se realiza angiotomografía computarizada (angio-TC) urgente sin encontrar nuevos hallazgos. Se realiza gastroscopia urgente en UCI con la visualización a unos 10 cm tras agotar tubo de gastroscopio de lesión sangrante. Con duodenoscopia (Figura 1) se observa lesión con vaso visible Forrest IIa en tercera porción duodenal con presencia de sangrado activo que se limita mediante la aplicación de 3 hemoclips e inyección de adrenalina.

Tras 12 horas sin nuevos signos de sangrado, el paciente presenta nueva HDA en la que se realiza nuevo angio-TC urgente (Figuras 2 y 3) con los hallazgos de fístula aortoentérica y rotura contenida de pseudoaneurisma de aorta infrarrenal. Se realiza cirugía de urgencia con ligadura aórtica con explante con bypass aorto-aórtico y bypass axilo derecho-bifemoral, además de hemotransfusión de 8 concentrados de hematíes, con estancia posterior en UCI y paso a planta tras 10 días, con mejoría progresiva del cuadro clínico hasta su resolución.

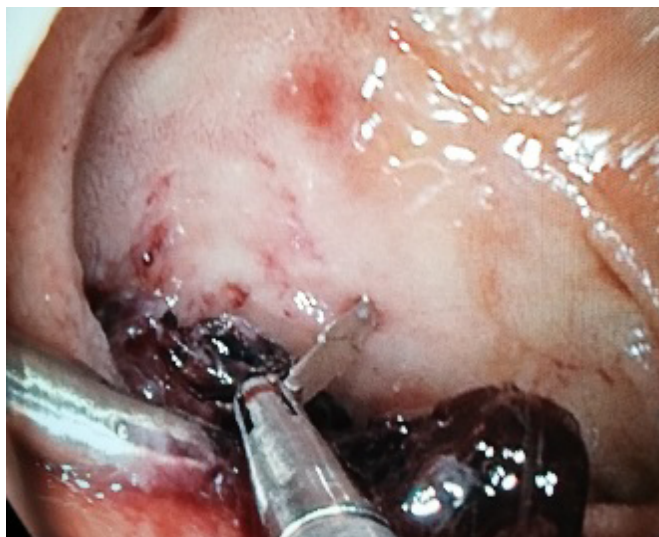


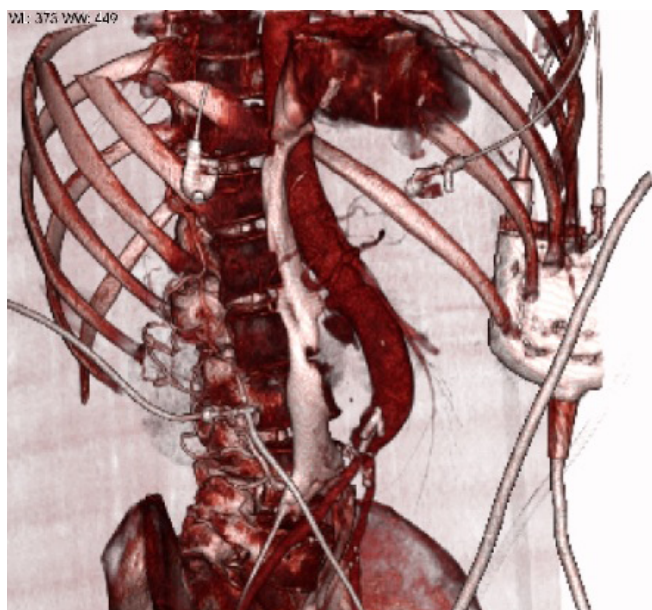
Figura 1

Imagen de duodenoscopia en el que se observa la lesión con vaso visible Forrest IIa en tercera porción duodenal.



Figura 2

Corte angio-TC



**Figura 3**  
Reconstrucción 3D angio-TC

### Discusión

Las fístulas aorto entéricas son potencialmente mortales. Se clasifican según su etiología en primaria, cuando se produce por erosión intestinal de un aneurisma aórtico o secundaria cuando está relacionado con una complicación en la instrumentación de un aneurisma abdominal.

Clínicamente aparece dolor abdominal o lumbar y datos de hemorragia digestiva alta, en forma de melenas, junto a irritación peritoneal.

El diagnóstico se basa en una prueba de imagen, generalmente el angio-TC abdominal, en el que se observará la fuga de contraste, junto a una endoscopia digestiva alta que permita descartar otras causas de sangrado digestivo. El tratamiento es quirúrgico.

En este caso clínico, se trata de una fístula aortoentérica secundaria a instrumentación. Dichas fístulas se pueden presentar en un periodo que discurre entre los 2 días y los 15 años posteriores, siendo más frecuente entre los 2 y 6 años postintervención, lo que hace a este caso más infrecuente, ya que se presentó al mes del procedimiento quirúrgico.

### CP-006. COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DUODENAL CON RENDEZ-VOUS COLECISTOGÁSTRICO EN PACIENTE CON ESTENOSIS DUODENAL POR ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS INFILTRANTE

GARCÍA GARCÍA, AM<sup>1</sup>; COBOS RODRÍGUEZ, J<sup>1</sup>; PINAZO BANDERA, JM<sup>1</sup>; ZARCA DÍAZ DE LA ESPINA, MA<sup>2</sup>; GARCÍA TRUJILLO, I<sup>2</sup>; ALCAÍN MARTÍNEZ, G<sup>1</sup>; LAVÍN CASTEJÓN, I<sup>1</sup>; ANDRADE BELLIDO, RJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. <sup>2</sup>UGC RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

### Introducción

El adenocarcinoma es la neoplasia maligna más frecuente de páncreas, con un pronóstico infausto debido a que la gran mayoría de los casos se presentan en estadios avanzados, por lo que no son candidatos a la cirugía, siendo esta la única modalidad potencialmente curativa. El 70% se localizan a nivel de cabeza del páncreas. Estos pueden producir ictericia por afectación de la vía biliar y obstrucción intestinal por infiltración duodenal.

### Caso clínico

Varón de 67 años que consulta por ictericia y pérdida de unos 7 Kg de peso. En urgencias se objetiva una bilirrubina de 15,4 mg/dL a expensas de su fracción directa. Se realizan ECO y TC de abdomen que informan de la presencia de una masa en cabeza de páncreas de unos 4 cm que produce dilatación de la vía biliar así como infiltración del marco duodenal junto con incontables lesiones ocupantes de espacio hepáticas sugestivas de metástasis (MTS).

Se intenta drenar la vía biliar mediante CPRE pero la infiltración duodenal produce una estenosis infranqueable con el endoscopio que impide incluso el paso de una guía. Se contacta con radiología vascular para intentar un drenaje por CPTH pero las múltiples MTS impiden una punción segura por lo que se opta por realizar una colecistostomía (Figura 1). Posteriormente, vía transcolecístico, se logra posicionar una prótesis no recubierta autoexpandible tipo Wallstent 10x90 mm desde hepático común hasta yeyuno. En un tercer tiempo se pasa una guía a través de la colecistostomía que atraviesa la prótesis en su salida de vía biliar y se libera retrógradamente en bulbo (Figura 2). Se utiliza dicha guía para, mediante endoscopia, dilatar hasta 12 mm y finalmente colocar una prótesis duodenal Wallflex 22x90 mm (Figura 3).

Con esto, el paciente logra despigmentarse y es dado de alta tolerando dieta vía oral (Figura 4).



**Figura 1**

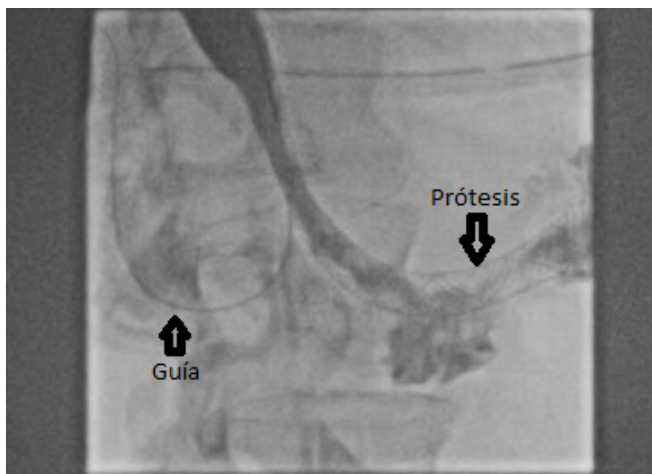


Figura 2

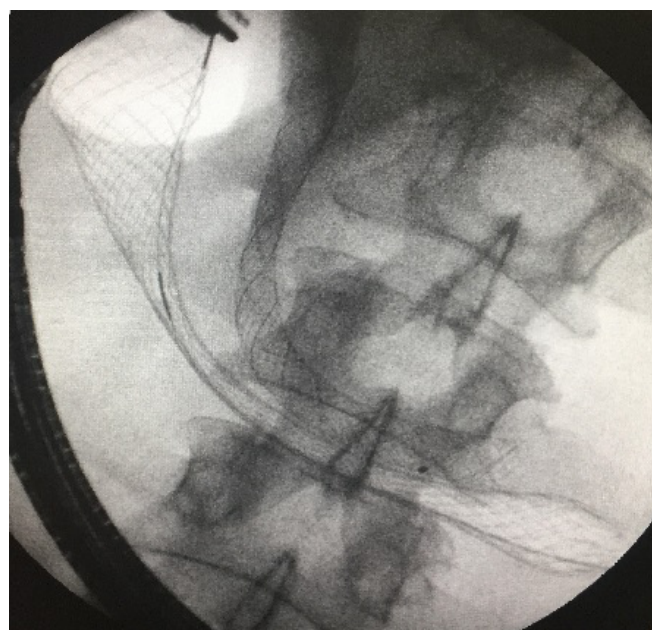


Figura 3

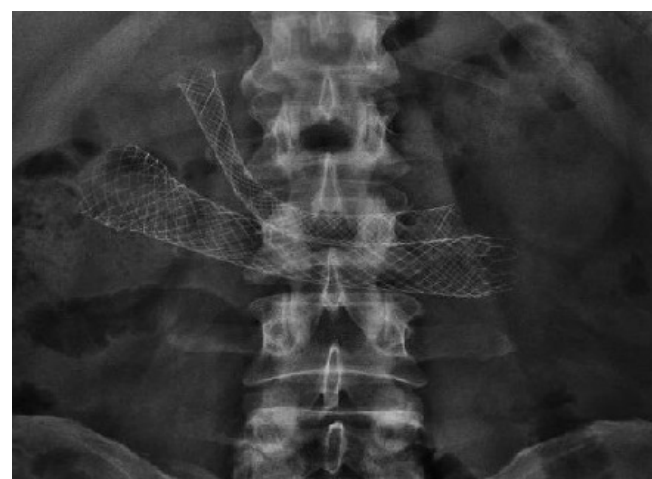


Figura 4

## Discusión

El drenaje biliar no siempre es factible vía endoscópica ni mediante CPTH convencional por lo que, en casos seleccionados, el abordaje de la vía biliar transcolecístico puede ser una opción a valorar. En caso de que exista una obstrucción intestinal por infiltración, esta vía permite a su vez o bien la colocación de una prótesis duodenal o al menos el paso de una guía que pueda ser utilizada posteriormente por el endoscopista.

## CP-007. COMPLICACIÓN GRAVE E INUSUAL TRAS COLONOSCOPIA

MORENO MÁRQUEZ, C; GUERRA VELOZ, F; QUEZADA PACHECO, R; HERGUETA DELGADO, P; ROMERO CASTRO, R; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

## Introducción

La colonoscopia es un procedimiento seguro considerado el gold standard para el diagnóstico de neoplasias de colon y otras patologías. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la perforación, pero existen otras excepcionales como la ruptura esplénica.

## Caso clínico

Mujer de 58 años con antecedente de adenocarcinoma de recto-sigma intervenido mediante resección anterior baja y quimiorradioterapia adyuvante un año antes. Se realiza colonoscopia de control con una escala de Boston 8/9 y es dada de alta asintomática. Seis horas después ingresa por dolor abdominal súbito en flanco izquierdo, inestabilidad hemodinámica (TA 70/50, FC 110 lpm) y hemoglobina 5.9gr/dl. Se solicita TC abdominal apreciándose gran hematoma (14,5x13,5x11 cm) y laceración esplénica con sangrado activo. Se realiza laparotomía emergente

## Discusión

La rotura esplénica es una complicación excepcional de la colonoscopia, cuya incidencia roza el 0,001%. Entre las posibles causas se postulan la tracción del ligamento esplenocólico, un colon tortuoso, formación de bucles, mala preparación intestinal e incluso la sedación profunda por disminuir la capacidad reactiva al dolor.

El síntoma más común es el dolor abdominal, presente en un 94,6% de los casos. La técnica diagnóstica de elección es el TC de abdomen que permite evaluar el daño a nivel esplénico, lo que orientará hacia un tratamiento conservador o quirúrgico. Son indicaciones de cirugía la cantidad de hemoperitoneo, sangrado activo y lesiones vasculares contenidas.



**Figura 1**  
Colonoscopia de control completa.

## Introducción

La apendicitis aguda es una causa frecuente de abdomen agudo. El diagnóstico endoscópico de esta entidad es inusual, y los pocos casos descritos corresponden a presentaciones atípicas en las cuales las pruebas de imagen o la clínica no fueron concluyentes.

## Caso clínico

Presentamos un caso de apendicitis aguda diagnosticada por colonoscopia, se trata de una mujer de 69 años que presenta episodio de rectorragia autolimitada, sin asociar dolor abdominal, fiebre, leucocitosis ni otros reactantes de fase aguda elevados. Se solicita endoscopia digestiva baja en la que se explora hasta ciego, identificando válvula ileocecal de aspecto normal. Se aprecia ostium apendicular edematoso, que protruye en ciego, con pus emergiendo del orificio, sugerente de apendicitis aguda. Resto de colon sin alteraciones.

Tras realizar colonoscopia se solicita ecografía abdominal, donde visualizamos engrosamiento apendicular de hasta 12-13 mm con hiperemia de su pared, base retrocecal y signos inflamatorios periapendiculares compatible con apendicitis aguda evolucionada, tras el diagnóstico la paciente es apendicectomizada sin complicaciones.



**Figura 2**  
TC de abdomen urgente.



**Figura 1**  
Visión endoscópica de apendicitis aguda.

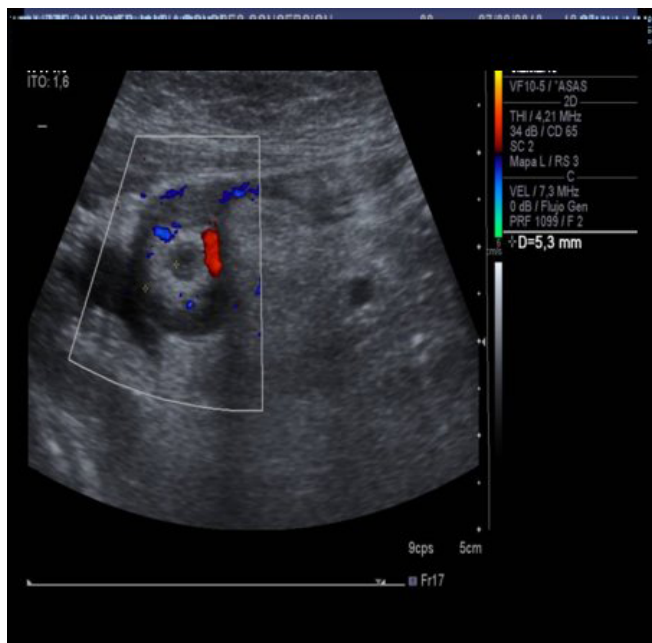


**Figura 2**  
Ostium apendicular edematoso y protruyendo hacia la luz intestinal.

### CP-008. DIAGNÓSTICO POR COLONOSCOPIA DE APENDICITIS AGUDA ATÍPICA

ABELLÁN ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ CANO, C; CABELLO TAPIA, MJ; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; MARTÍNEZ CARA, JG; REDONDO CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA



**Figura 3**  
Imagen ecográfica de apendicitis aguda.



**Figura 4**  
Engrosamiento apendicular, con hiperemia de su pared y cambios inflamatorios periapendiculares.

### Discusión

La colonoscopia no forma parte de las técnicas diagnósticas de la apendicitis aguda, incluso en algunas ocasiones la exploración podría complicar el proceso, los casos descritos en la literatura suelen corresponder con presentaciones atípicas. Por otra parte algunos autores postulan el papel de la colonoscopia en el

tratamiento de esta entidad ya que se han descrito varios casos de drenaje o de extracción endoscópica de fecalitos impactados. Aun así son muy pocos los casos publicados sobre estas técnicas, y actualmente la colonoscopia no tiene un papel establecido en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda.

### CP-009. DRENAJE ENDOSCÓPICO TRANSPAPILAR: OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LA COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

### Introducción

El tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda es de primera elección mediante la realización de colecistectomía. Sin embargo, existe un grupo determinado de pacientes donde debido a sus comorbilidades presentan un alto riesgo quirúrgico, teniendo que optar por otros procedimientos, entre los que se encuentran la colecistostomía percutánea y el drenaje endoscópico de la vesícula biliar.

### Caso clínico

Mujer de 86 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedente de HTA y FA anticoagulada con dabigatrán, ingresa por cuadro de dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho de 4 días de evolución con fiebre. En analítica presenta alteración del perfil hepático con bilirrubina de 3,4 a expensas de directa. En ecografía de abdomen urgente datos de colecistitis aguda litiasica con colédoco dilatado de 10 mm, confirmándose mediante Colangio-RMN la presencia de coledocolitiasis distal.

Valorada por Cirugía General no es subsidiaria de colecistectomía por alto riesgo quirúrgico. Se realiza CPRE con esfinterotomía amplia en estrella, presentando durante el procedimiento imposibilidad para extracción del cálculo del colédoco con el balón de Fogarty y cesta de litotricia, por lo que se decide colocación de doble prótesis biliar plástica: una de 7 cm x 8,5 F en cístico (Figuras 1 y 2) por presentar datos de colecistitis aguda y otra de 7 cm x 10 F en colédoco (Figuras 3 y 4) por la persistencia de la coledocolitiasis. Sin complicaciones inmediatas y con buena evolución tras el procedimiento.

### Discusión

El drenaje endoscópico de la vesícula biliar es una opción a tener en cuenta en aquellos pacientes con imposibilidad para el tratamiento quirúrgico por comorbilidades o para el drenaje percutáneo por difícil acceso o riesgo de sangrado, evitando así la necesidad de drenajes externos con las molestias que conllevan para el paciente, y equivaldría a una colecistostomía interna. Se han descrito casos en los que han usado este procedimiento como método puente a

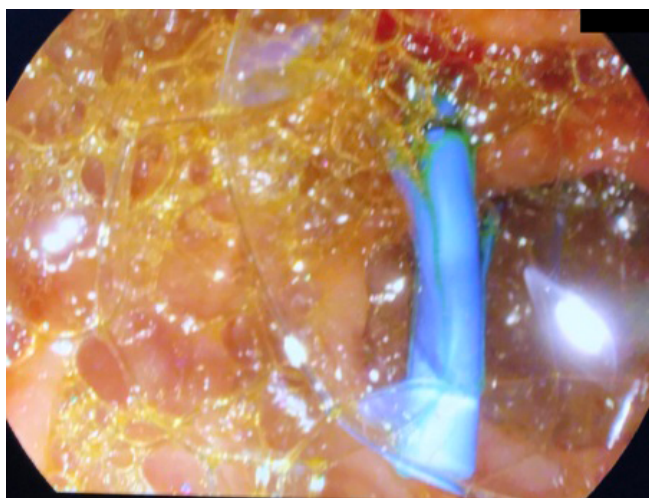
un tratamiento definitivo en pacientes críticamente enfermos con múltiples comorbilidades.

Tienen la ventaja de que en caso de que dejasen de funcionar podría llevarse a cabo una CPRE con recambio de la prótesis. Su utilidad radica en que impiden que los cálculos se impacten en el cístico y causen síntomas, y permiten un drenaje por capilaridad. Como complicaciones del procedimiento, se han descrito casos de perforación del cístico.

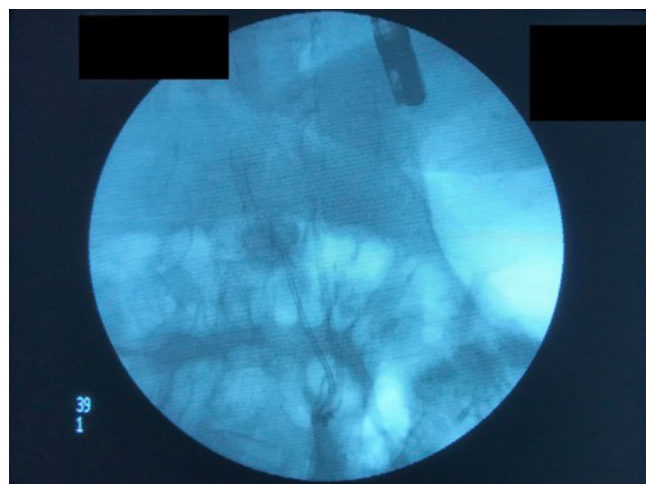
Por tanto, el drenaje transpapilar de la vesícula biliar podría plantearse como opción terapéutica en la colecistitis aguda en pacientes con alto riesgo quirúrgico.



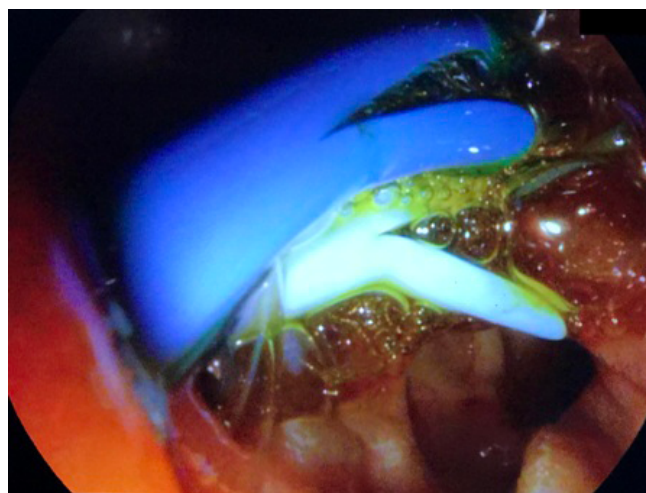
**Figura 1** Protésis transpapilar en cístico.



**Figura 2** Extremo distal de protésis transpapilar en cístico.



**Figura 3** Imagen bajo control radiológico de doble protésis biliar: la de la izquierda con colocación en cístico y la de la derecha con colocación en colédoco.



**Figura 4** Imagen de los extremos distal de las dos protésis plásticas.

**CP-010. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COLANGIOSCOPIA DIGITAL DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA (SPYGLASS DS) EN PATOLOGÍA BILIAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

MERINO GALLEGO, E; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA; MOLINA VILLALBA, C; GALLEGO ROJO, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

**Introducción**

La colangioscopia digital de un solo operador es una técnica que permite la visualización de la vía biliar, valorando de forma directa

las estenosis biliares; así como, la extracción mediante litotricia con láser de coledocolitiasis de difícil extracción refractarias a CPRE convencional (10-15%). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la colangiografía en el diagnóstico de estenosis biliares indeterminadas, así como, en el tratamiento de coledocolitiasis refractarias a tratamiento convencional.

### Material y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo en el que se incluyeron 26 pacientes sometidos a colangiografía digital con el sistema SPYGLASS DS de Boston Scientific realizadas en la Unidad de Endoscopias del hospital de Poniente por un solo endoscopista experto y bajo sedación profunda guiada por Anestesia desde enero de 2014 hasta agosto de 2018.

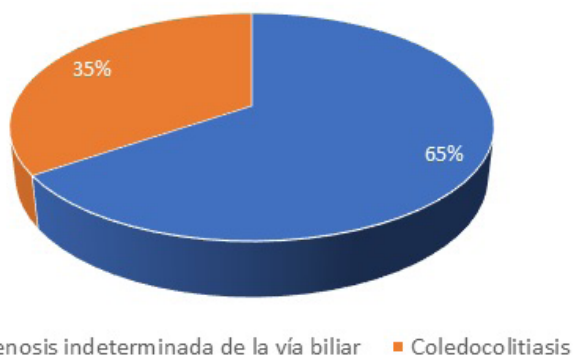
### Resultados

La colangiografía fue llevada a cabo en 14 mujeres y 12 varones con una edad media de 71,42 años. La principal indicación del procedimiento fue la estenosis biliar de causa indeterminada (65,4%), seguida de la coledocolitiasis (34,6%) (Figura 1).

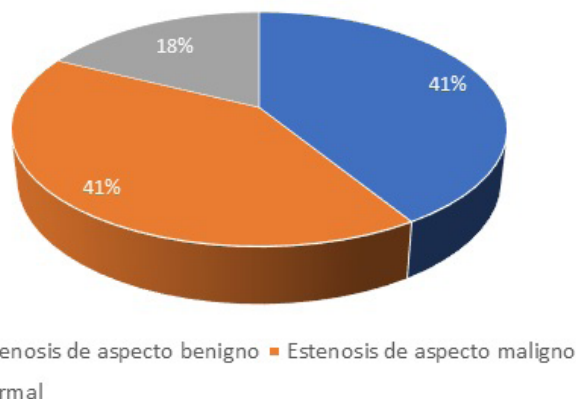
De los 9 pacientes con coledocolitiasis, todos habían sido sometidos a CPRE previamente (esfinterotomía en 8, colocación de prótesis endoscópica biliar en 7 y esfinteroplastia con balón en 1). Se consiguió extracción total de litiasis en un paciente y parcial en 8, los cuales fueron sometidos a litotricia láser. El tamaño medio de las litiasis fue de 14,77 mm. Sólo un paciente presentó complicación relacionada con el procedimiento (hemorragia leve tratada con esclerosis satisfactoriamente). Se produjo éxito técnico en el 87,5% de los casos, siendo el único paciente no respondedor sometido a litotricia mecánica y esfinteroplastia en un segundo tiempo.

De los 17 pacientes con estenosis biliar, el diagnóstico visual colangiográfico reveló: aspecto benigno en 7 pacientes, maligno en 7 y mucosa normal en 3 (Figura 2). Se tomaron biopsias en el 30,77% de los casos (número medio de 5,12 muestras). El diagnóstico histológico no mostró malignidad en ningún caso.

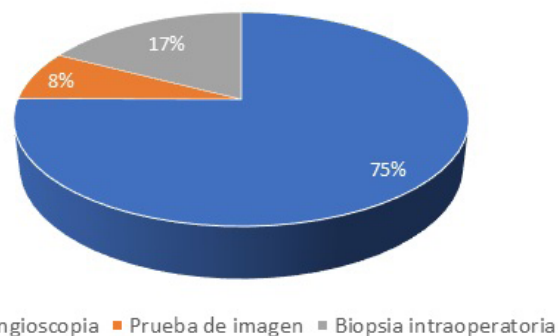
El diagnóstico definitivo fue llevado por colangiografía en 13 pacientes (Figura 3). El diagnóstico visual por colangiografía fue acertado en el 64,7% de los casos (11 pacientes).



**Figura 1** Indicación de colangiografía.



**Figura 2** Diagnóstico visual por colangiografía.



**Figura 3** Método de diagnóstico definitivo.

### Conclusiones

En nuestro estudio, la colangiografía terapéutica es una opción eficaz y segura en el manejo de coledocolitiasis refractarias a tratamiento convencional, sobre todo en aquellas de gran tamaño.

En cuanto a la colangiografía como procedimiento diagnóstico en estenosis biliares, resulta una técnica segura siendo útil el diagnóstico visual a través de la imagen endoscópica.

### CP-011. ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA O COLÓNICA COMO TRATAMIENTO PALIATIVO ONCOLÓGICO

MORENO MORALED A, I; DELGADO MAROTO, A; GÁLVEZ MIRAS, A; ANGUITA MONTES, F; HALLOUCH TOUTOUH, S; IGLESIAS, E; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; BARRIENTOS DELGADO, A; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

## Introducción

El uso de endoprótesis gastrointestinales forma parte del tratamiento paliativo en pacientes con obstrucción gastrointestinal mecánica sintomática de origen neoplásico en los que se ha desestimado tratamiento quirúrgico. Presentamos la experiencia en nuestro centro en cuanto al implante y seguimiento de las prótesis esofágicas y colónicas.

## Material y métodos

Revisión de carácter retrospectivo en el que incluimos 36 pacientes en los que se colocó prótesis, tanto esofágica como colónica, en nuestro hospital (C.H. Torrecárdenas) por vía endoscópica, en un periodo comprendido entre enero de 2015 y septiembre de 2018, obteniendo los datos de nuestra base informática Diraya Clínico.

## Resultados

se colocaron un total de 36 prótesis: 23 prótesis esofágicas y 13 prótesis de colon.

Dentro de las prótesis de esófago, se colocaron 4 en mujeres y 19 en hombres, con una media de edad de 70 años (rango 52-87 años). Se emplearon prótesis totalmente recubiertas en 6 pacientes (26%). En el resto de pacientes se emplearon prótesis parcialmente recubiertas (74%).

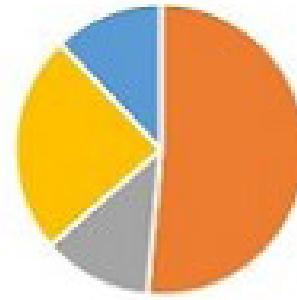
En la mayoría, la indicación era carcinoma estenosante de esófago con fin paliativo (83%). En el resto (17%), la indicación fue el cierre de una fístula traqueoesofágica y gastrogástrica, el cierre de fuga de anastomosis esofagogástrica y compresión extrínseca por adenocarcinoma de pulmón.

Dentro de las complicaciones caben destacar las derivadas de la infiltración tumoral en 2 pacientes (8,6%), infecciones respiratorias secundarias a fístula esófago-traqueal en 4 pacientes (17%), perforación esofágica con mediastinitis posterior en un paciente (4%), hemorragia con hematemesis en 2 pacientes (8%), fallo en el cierre de fístula a pesar de prótesis funcionante en un paciente (4%) y ERGE en un paciente (4%).

En cuanto a las prótesis de colon, se colocaron 5 en Mujeres y 8 en hombres, con una media de edad de 68 años (rango 43-86 años). En todos los pacientes se emplearon prótesis metálicas no recubiertas (100%). La indicación principal fue adenocarcinoma de recto-sigma estenosante estadio IV (61,5%) como tratamiento paliativo. Como terapia puente a la Cirugía se empleó en 4 pacientes (30%). Dentro de las complicaciones cabe destacar la migración de la prótesis en 2 pacientes (15%) y la perforación en un paciente (7%).

## Conclusiones

El uso de prótesis enterales con fin paliativo logra restablecer el tránsito gastrointestinal, mitigar los síntomas y suministrar apoyo nutricional en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. Las causas de fracaso posterior a la colocación de la prótesis se deben principalmente a la migración, progresión de la enfermedad y complicaciones del procedimiento.



- Infiltración tumoral
- Infecciones respiratorias
- Perforación esofágica
- HDA
- Fallo cierre fístula con prótesis normofuncionante
- ERGE

Figura 1

Complicaciones prótesis esofágicas.

## CP-012. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN

CABELLO FERNÁNDEZ, A; SENDRA FERNÁNDEZ, C; PEDRAJAS CRESPO, C; LEÓN LUQUE, M; BEJARANO GARCÍA, A

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

### Introducción

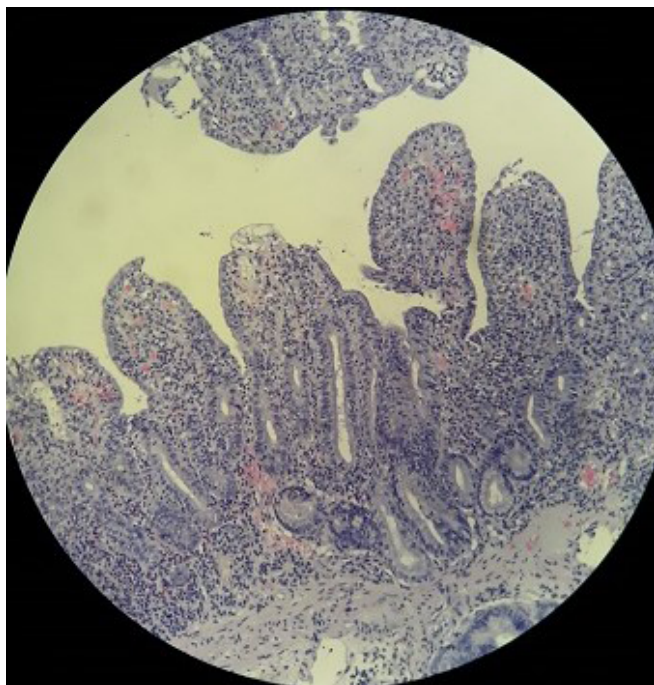
Los antagonistas de los receptores de angiotensina II se utilizan para el tratamiento de la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca. Son normalmente bien tolerados y los efectos adversos más comunes son hipotensión, disminución del filtrado glomerular, hiperpotasemia y tos.

### Caso clínico

Mujer de 65 años hipertensa y dislipémica, en tratamiento con olmesartán 40 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg. Ingresó por diarrea de tres semanas de evolución, dolor abdominal y vómitos. Exploración abdominal normal. Análítica con leucocitosis y deterioro de la función renal.

Se solicitó examen de heces, colonoscopia y tomografía axial computarizada abdominal, que resultaron normales. Tras 14 días de ingreso no existía mejoría clínico-analítica, revisamos la medicación y el único fármaco que podía producir diarrea de los que tomaba, el olmesartán, había sido sustituido a su ingreso. Solicitamos entonces entero-resonancia magnética que fue normal. La paciente tras 18 días de ingreso, comentó seguir tomando el

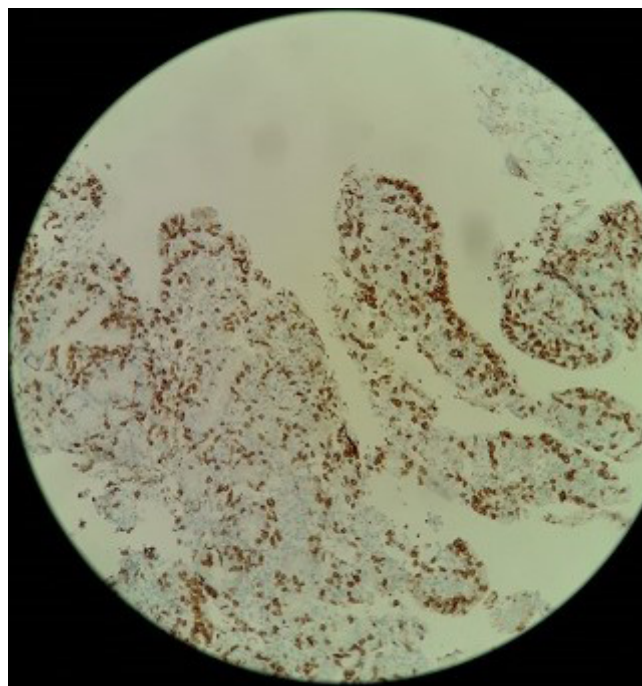
olmesartán. Se suspendió y se realizó una endoscopia oral con biopsias de duodeno con estudio compatible con linfocitosis intraepitelial (Figura 2), intenso infiltrado inflamatorio mixto, linfoplasmocitario y polimorfonuclear con imágenes de criptitis y presencia de eosinófilos (Figura 1). Los hallazgos histológicos y la desaparición de los síntomas tras su retirada confirmaron la sospecha de enteropatía asociada a olmesartán.



**Figura 1**  
Biopsia duodenal donde se aprecia intenso infiltrado inflamatorio mixto, linfoplasmocitario y polimorfonuclear con imágenes de criptitis y presencia de eosinófilos.

## Discusión

La asociación entre olmesartán y enteropatía fue reconocida en 2013. Su mecanismo de acción es desconocido. La clínica se basa en diarrea crónica y pérdida de peso meses o años tras inicio del fármaco. El diagnóstico se apoya en clínica compatible, hallazgos histológicos concordantes (atrofia vellositaria, inflamación mucosa con incremento de linfocitos intraepiteliales, criptitis), presencia de HLA DQ2, DQ8 positivo (68% de los casos), anticuerpos antitransglutaminasa negativos y resolución clínica e histológica tras la retirada del fármaco. No se produce mejoría si retiramos el gluten de la dieta, a diferencia de lo que ocurre en la celiaquía, principal diagnóstico diferencial. En el caso que presentamos, la clínica e histología eran compatibles, y la paciente quedó asintomática tras la retirada del fármaco. No obstante, fue preciso la realización de múltiples pruebas complementarias y una larga estancia hospitalaria debido a que la paciente continuó tomando el fármaco a pesar de su retirada. Existen otros fármacos que pueden producir una enteropatía similar, como son la azatioprina y el micofenolato. Deberíamos siempre tener en cuenta la importancia de revisar la medicación del paciente, ya que el reconocimiento precoz de esta patología podría ahorrar multitud de pruebas innecesarias.



**Figura 2**  
Biopsia duodenal: Tinción CD8 para observar la linfocitosis intraepitelial.

## CP-013. ESTUDIO SOBRE POSIBLES VARIABLES PREDICTORAS DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO

PUYA GAMARRO, M<sup>1</sup>; ARIAS ROMANO, A<sup>2</sup>; GARCÍA GAVILÁN, MC<sup>1</sup>; SÁNCHEZ YAGÜE, A<sup>1</sup>; RIVERA IRIGOIN, R<sup>1</sup>; SÁNCHEZ CANTOS, A<sup>1</sup>; PÉREZ AISA, Á<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>2</sup>UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

### Introducción

En pacientes con colecistitis aguda no suele alterarse el perfil hepático, pero puede observarse una colestasis y/o hipertransaminasemia leve. Estas alteraciones pueden ser signo de una coledocolitiasis concomitante, que es preciso descartar, dado el diferente manejo terapéutico. En 2010, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) publicó una guía clínica definiendo predictores clínicos y categorías de riesgo de coledocolitiasis, posteriormente validados en una cohorte prospectiva en 2013 por Korson *et al.* (Figura 1).

Nuestros objetivos fueron analizar pacientes diagnosticados de colecistitis aguda con sospecha de coledocolitiasis en nuestro medio en 2016, evaluando el rendimiento de los criterios propuestos por la ASGE.

**Material y métodos**

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda con sospecha de coledocolitiasis en nuestro medio en 2016. Utilizamos medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias según la presencia de coledocolitiasis respecto al resto de variables, se utilizó el test exacto de Fisher para variables cualitativas, y test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas.

Clasificación	Predictor
Muy fuertes	Clínica de colangitis
	Bilirrubina total > 4mg/dl
	Litiasis en la VBP por ecografía
Fuertes	Bilirrubina total 1,8 - 4,0 mg/dl
	Dilatación de la VBP por ecografía
Moderado	Laboratorio hepático alterado
	Edad > 55 años
	Clínica de pancreatitis biliar

**Figura 1**

Predictores clínicos de coledocolitiasis - ASGE 2010

**Resultados**

Analizamos 136 pacientes, incluyendo finalmente 55, 28 con coledocolitiasis (grupo 1) y 27 sin coledocolitiasis (grupo 2). La mediana de edad fue 77 años en el grupo 1 y 71 en el 2. El dolor fue el síntoma más frecuente, sin diferencias en la presencia de ictericia y coluria entre grupos. Las diferencias en los parámetros bioquímicos, se muestran en la **Tabla 1**. En el análisis bivariado, la dilatación de la vía biliar intrahepática (dilatada en el 81,8% del grupo 1 vs 18,2% del grupo 2) (**Figura 2**), la dilatación del colédoco (>7 mm en el 74% del grupo 1 vs. 26% grupo 2) (**Figura 3**) y la presencia de cálculos en la ecografía (100% de correlación), detectados en el 46,4% de pacientes con esta técnica, se asociaron con la presencia de coledocolitiasis en la CPRE (p<0,05).

El rendimiento de las categorías de riesgo alto e intermedio fue 69,6% y 41,7% respectivamente con una asociación lineal progresiva (**Figura 4**).

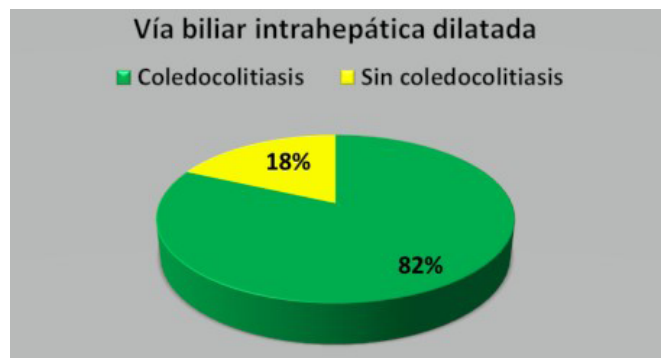
**Conclusiones**

En el diagnóstico de coledocolitiasis en pacientes con colecistitis aguda, el rendimiento de los predictores propuestos por la ASGE, especialmente, la dilatación de la vía biliar intra/extrahepática y la presencia de cálculos en la ecografía, así como las categorías de riesgo, es aceptable en nuestro medio según los estándares propuestos; sin embargo, la inclusión de algún criterio más, por ejemplo otras variables bioquímicas, podría mejorar el rendimiento de las categorías de riesgo alto e intermedio.

	Pacientes con coledocolitiasis	Pacientes sin coledocolitiasis
Bilirrubina total (mg/dl)	3,15 ±2,17	2,73 ±2,34
Bilirrubina directa (mg/dl)	3,3 ±2,22	2,92 ±1,85
Fosfatasa alcalina (U/L)	264,5 ±154,7	239,2 ±156,8
GGT (U/L)	456,4 ±339,5	378,9 ±297,02
GPT (U/L)	262,6 ±354,6	129,11 ±129,7
GOT (U/L)	279,2 ±342,2	142,26 ±126

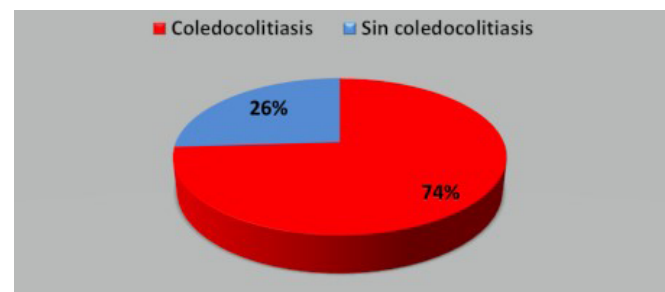
**Tabla 1**

Parámetros bioquímicos (media ±desviación típica) de pacientes con/sin coledocolitiasis.



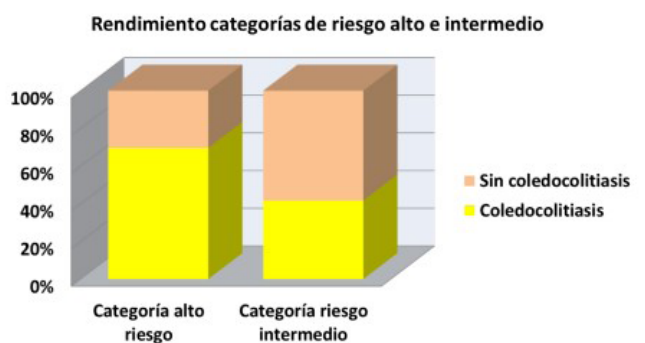
**Figura 2**

Vía biliar intrahepática dilatada.



**Figura 3**

Colédoco >7mm



**Figura 4**

## CP-014. EXPERIENCIA EN DRENAJE ECOENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PANCREÁTICAS MEDIANTE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

GARCÍA ORTIZ, JM; SOLÁ FERNÁNDEZ, A; RINCÓN GATICA, A; MARTÍNEZ SIERRA, C; LEÓN MONTAÑÉS, R; GARCÍA FERNÁNDEZ, FJ

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

### Introducción

Describir y analizar los resultados técnicos y clínicos de 22 procedimientos de drenaje de colecciones pancreáticas realizados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla mediante la colocación guiada por ecoendoscopia de prótesis metálicas de aposición luminal (PMAL), que constituye actualmente el tratamiento de elección en esta patología.

### Material y métodos

Se recogieron los datos demográficos y clínicos de todos los pacientes a los que se realizó el procedimiento en nuestro centro entre marzo de 2017 y septiembre de 2018, así como la indicación de drenaje y tipo de colección, el tipo de prótesis utilizada y su lugar anatómico de colocación, la utilización de profilaxis antibiótica, las tasas de éxito técnico y clínico y la aparición de efectos adversos atribuibles al procedimiento.

### Resultados

Se realizó el procedimiento en 22 pacientes de los cuales un 67,3% fueron varones, con una edad media de 52,5 años. En el 72% de los casos se encontraban hospitalizados en planta convencional, un 9,1% en Unidad de Cuidados Intensivos, y en un 18,2% se realizó de forma ambulatoria. La etiología predominante fue de origen biliar (66,3%), seguida de la alcohólica (18,2%). Las indicaciones de drenaje más frecuentes fueron sepsis (50%), retencionismo gástrico (45,5%) y dolor (40,9%). De las 22 colecciones drenadas, 15 (68,2%) eran necrosis pancreáticas encapsuladas, mientras que 5 (22,7%) eran pseudoquistes. Además, se drenaron una colección posquirúrgica y un absceso tras perforación post-CPRE.

En la gran mayoría de los casos (95,5%) se utilizaron prótesis Hot Axios totalmente recubiertas de 15x10 mm, colocadas por vía transgástrica (95,5% desde cuerpo gástrico), siendo necesaria la dilatación endoscópica del stent en uno de los procedimientos. En todos se realizó bajo anestesia general y con profilaxis antibiótica pautaada. En el caso de las necrosis encapsuladas, se realizaron una media de 4,7 necrosectomías endoscópicas.

La tasa de éxito técnico fue del 100%. La tasa de éxito clínico (resolución de la colección y sus complicaciones) fue del 95,5%, dado que en uno de los casos el paciente requirió cirugía a pesar del drenaje endoscópico. Se identificaron cinco eventos adversos en tres pacientes: una hemorragia grave controlada mediante radioembolización, dos casos de sepsis con buena evolución

con antibioterapia, y dos migraciones de las prótesis resueltas en el mismo procedimiento. En ningún caso se necesitó retirar precozmente la prótesis.

Sexo (% varones)	67.3%
Edad media (años)	52.5
Indicación de drenaje	
- Sepsis	50.5%
- Retencionismo	45.5%
- Dolor	40.9%
Tipo de colección	
- WON	68.2%
- PQ	22.7%
- Colección post-quirúrgica	4.5%
- Absceso post-perforación	4.5%
Número de necrosectomías (media)	4.7
Tasa éxito técnico	100%
Tasa éxito clínico	95.5%

Tabla 1

Eventos adversos	
Hemorragia grave	1
Sepsis	2
Migración	2

Tabla 2

Efectos adversos

### Conclusiones

En nuestra experiencia, el drenaje ecoendoscópico de colecciones pancreáticas mediante PMAL es seguro y eficaz, y debe considerarse de elección frente a otros abordajes siempre que sea posible.

## CP-015. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN DUODENO QUE IMPRONTA HÍGADO

DÍAZ ALCÁZAR, MM<sup>1</sup>; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E<sup>1</sup>; ROA COLOMO, A<sup>1</sup>; LÓPEZ DE HIERRO RUIZ, M<sup>2</sup>; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ<sup>1</sup>; VIDAL VÍLCHEZ, B<sup>1</sup>; GARCÍA MÁRQUEZ, J<sup>1</sup>; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

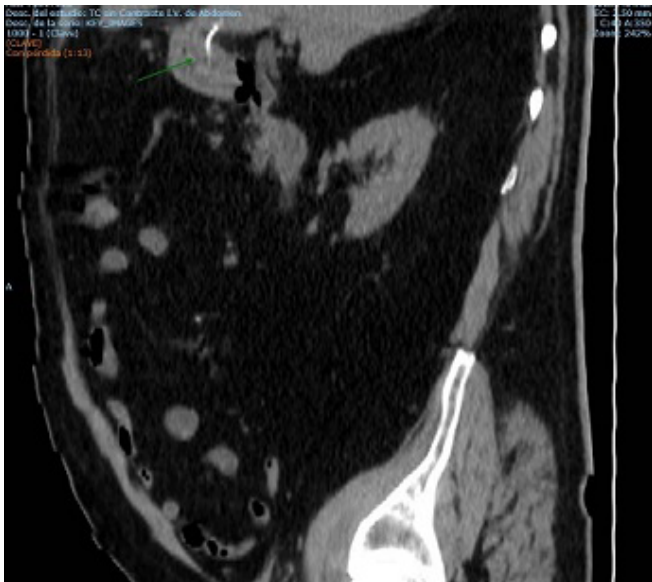
<sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

## Introducción

La extracción de cuerpos extraños, incluyendo la impactación de bolos alimentarios, constituye la segunda causa más frecuente de endoscopia urgente tras la hemorragia digestiva. El riesgo asociado a la presencia de un cuerpo extraño varía mucho en función de sus características y del punto donde quede alojado el objeto. El 80-90% atravesará todo el tubo digestivo sin ocasionar problemas. Pero en aquellos con bordes cortantes o punzantes, de gran tamaño o de contenido tóxico, el riesgo aumenta por la mayor probabilidad de complicaciones.

## Caso clínico

Paciente varón de 68 años que consulta por epigastralgia de tres días de evolución que ha ido aumentando de intensidad y se ha asociado a fiebre de hasta 38,7°. A la exploración destaca abdomen sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente, leucocitosis (12.870 /  $\mu$ L) con elevación de proteína C reactiva (194 mg/dL). Se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal que objetiva imagen lineal, hiperdensa, que se extiende desde la luz de duodeno y atraviesa su pared, en relación con cuerpo extraño, y que ocasiona discreto engrosamiento de pared duodenal con leve aumento de atenuación de la grasa periduodenal, e impronta pared inferior hepática. Se decide endoscopia urgente para valoración, objetivando espina de pescado enclavada en duodeno que se extrae endoscópicamente con pinza. Posteriormente el paciente evoluciona adecuadamente, sin signos de perforación y tolerancia progresiva.



**Figura 1** Imagen de la tomografía computarizada abdominal que muestra un cuerpo extraño hiperdenso en el duodeno, con una línea blanca que atraviesa la pared del duodeno y se proyecta hacia la pared inferior del hígado.

Corte TC abdominal donde se observa cuerpo extraño en duodeno que impronta pared inferior hepática.



**Figura 2** Imagen de la esofagogastroduodenoscopia donde se objetiva cuerpo extraño en duodeno.



**Figura 3** Cuerpo extraño extraído.

## Discusión

La extracción de un cuerpo extraño implica un riesgo de complicaciones elevado. Hay riesgo de perforación, hemorragia o broncoaspiración, por lo que se precisa de personal capacitado y medios fiables que permitan la extracción con seguridad. Las características del cuerpo extraño y el tiempo de enclavamiento son factores importantes a considerar. La presencia de un objeto afilado o punzante es una emergencia endoscópica. Cuando el cuerpo extraño está enclavado en la mucosa se debe intentar desenclavarlo con cuidado, habitualmente con una pinza con dientes, para después asirlo firmemente y retirarlo con cuidado.

Es más frecuente la impactación de los cuerpos extraños en esófago, pero en ocasiones pueden alojarse más distales. Cuando un cuerpo extraño llega a intestino delgado, usualmente atraviesa el tracto gastrointestinal sin problemas, pero en ocasiones, como en el caso del paciente, pueden quedarse alojados en duodeno.

### CP-016. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO PUNZANTE Y DE GRAN TAMAÑO IMPACTADO EN PÍLORO DE LACTANTE DE SEIS MESES

ROA COLOMO, A; RUIZ ESCOLANO, E; DÍAZ ALCÁZAR, MM; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; SOUSA DOMÍNGUEZ, FL

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

#### Introducción

Con el término “*cuerpos extraños digestivos*” nos referimos a aquella situación en la que un objeto diferente a un alimento, una parte no comestible de él o incluso un alimento normal (detenido anómalamente), se encuentra en el tubo digestivo.

Los cuerpos extraños son una situación frecuente y constituyen la segunda causa de urgencia endoscópica. Son especialmente habituales en niños (de forma involuntaria) y en adultos cuando concurren factores de riesgo.

#### Caso clínico

Lactante varón de seis meses de edad que acude a Urgencias por ingesta de cruz de Caravaca. Se encuentra estable hemodinámicamente y asintomático, sin disnea ni sialorrea. Exploración física normal. Se realiza radiografía abdominal en la que se observa el cuerpo extraño en estómago (Figura 1). Al tratarse de un cuerpo extraño punzante y de gran tamaño, se indica endoscopia digestiva alta urgente en quirófano bajo anestesia general.

Se introduce endoscopio de adulto previa rectificación del cuello del paciente para evitar la compresión del tubo endotraqueal que dificulta el paso del endoscopio. Con una suave presión se avanza hasta el estómago donde se identifica la cruz de Caravaca de 2,5 cm enclavada en el píloro (Figura 2). Se extrae con cesta de Roth Net sin complicaciones inmediatas (Figura 3).

El paciente recibe el alta hospitalaria al día siguiente sin incidencias.

#### Discusión

El riesgo que conlleva un cuerpo extraño varía en función de sus características y del lugar donde queda alojado. Los cuerpos extraños gástricos generalmente atravesarán el resto del tubo digestivo sin complicaciones, salvo excepciones: si son cortantes/punzantes existe el riesgo de lesionar la pared y si son grandes, aunque sean romos, pueden impactarse y no progresar, lesionando la mucosa u obstruyendo la luz. Es fundamental la prudencia antes y durante la endoscopia, y llevar a cabo una técnica cuidadosa. El

endoscopista ha de sopesar su experiencia y capacidad de extraer el cuerpo extraño concreto.

En el caso que nos ocupa ambas características (objeto punzante y de gran tamaño para un lactante de seis meses) indicaban su extracción urgente. Nos recuerda que a pesar de su frecuencia, nunca se debe banalizar esta situación y debemos considerar las posibles complicaciones.



**Figura 1** Radiografía en la que se observa cruz de Caravaca situada en estómago.



**Figura 2** Imagen endoscópica de cruz de Caravaca impactada en píloro.



**Figura 3**  
Cruz de Caravaca de 2.5 cm tras extracción mediante cesta Roth Net.

**CP-017. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA EN EL ÁREA HOSPITALARIA DEL PONIENTE ALMERIENSE**

MOLINA VILLALBA, C; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, JA ; MARTÍNEZ AMATE, E; GALLEGO ROJO, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

**Introducción**

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un método de soporte nutricional indicado en pacientes con desnutrición e imposibilidad para la ingesta oral con una supervivencia estimada superior a dos meses. Actualmente, a pesar de que su utilidad en la demencia avanzada es discutida, supone una de las indicaciones más frecuentes. En general, se considera una técnica segura pero no exenta de complicaciones, que pueden ser graves e incluso mortales.

El objetivo del estudio fue describir la tasa de complicaciones y la supervivencia a corto y largo plazo tras la colocación de una PEG, así como analizar los factores asociados a una menor supervivencia.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a PEG en el Hospital de Poniente desde 2011 hasta 2017.

**Resultados**

Se analizaron 66 pacientes. En el 81,82% la indicación de PEG fue por causa neurológica frente a un 13,64% en los que fue por causa neoplásica (Tabla 1), siendo las indicaciones más frecuentes la demencia avanzada y el cáncer de laringe, respectivamente (Figura 1). El 75,76% de los pacientes presentaron complicaciones (Figura 2), siendo la neumonía broncoaspirativa la más frecuente. El 24,24% fallecieron como consecuencia de la complicación.

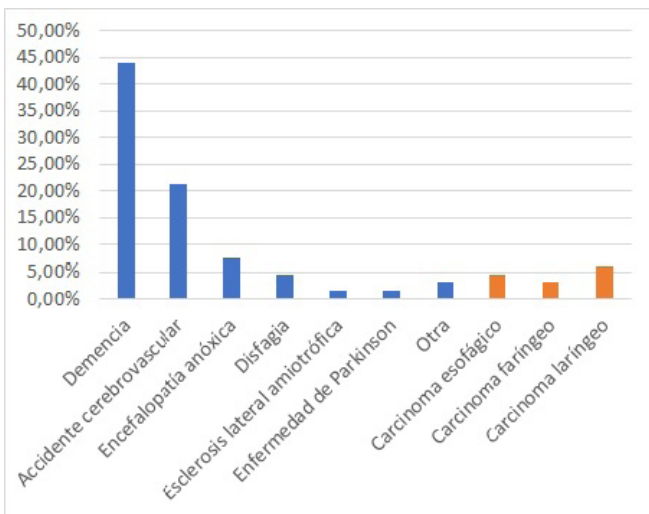
Del total de pacientes, 36 vivieron más de 6 meses tras la colocación de la PEG, mientras que 30 fallecieron antes de los 6 meses. La probabilidad de supervivencia a los 6 meses en los pacientes con

causa neoplásica fue del 15,65%, frente al 37,5% en los pacientes con causa neurológica (Figura 3). La supervivencia a los 12 meses de los pacientes que vivieron más de 6 meses con PEG causa neurológica fue del 84,8%, siendo del 100% en los pacientes con causa oncológica (Tabla 2). La duración media con PEG hasta el fallecimiento fue de 16,2 (±21,67) meses.

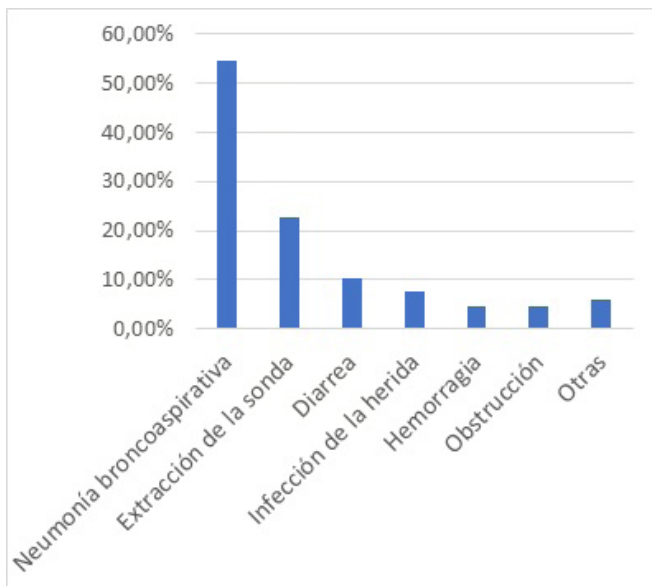
El tener un cuidador familiar y el manejo invasivo de las complicaciones se asociaron a una mayor supervivencia (p<0,05).

Edad, media (DE) años	72,98 (14,06)
Mujeres, n (%)	30 (45%)
Cuidador familiar, n (%)	47 (71%)
Diabetes, n (%)	25 (37,88%)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	13 (19,7%)
Antecedentes de neoplasia, n (%)	18 (27,27%)
Deterioro cognitivo, n (%)	45 (68,2%)
Antiagregantes, n (%)	21 (31,82%)
Anticoagulantes, n (%)	18 (27,27%)
Sonda nasogástrica previa, n (%)	40 (60,61%)
Voluntades vitales anticipadas, n (%)	0 (0%)
Consentimiento informado firmado por representante legal, n (%)	43 (65%)
Indicación, n (%):	
Neurológica	54 (81,82%)
Neoplásica	9 (13,64%)
Otras	3 (4,55%)
Temporalidad, n (%):	
Definitiva	63 (95%)
Temporal	3 (5%)
Complicaciones, n (%)	50 (75,76%)
Técnica, n (%):	
Tracción	61 (92,42%)
Gastropexias	5 (7,58%)
Sedación, n (%)	59 (89,39%)

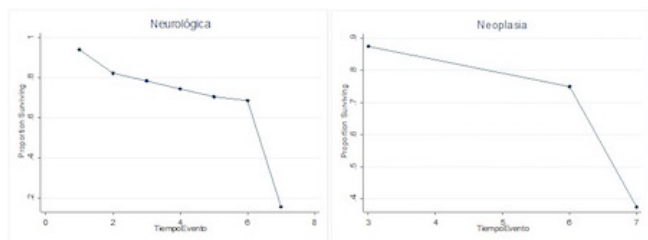
**Tabla 1**  
Características basales del total de pacientes con PEG



**Figura 1**  
Indicaciones de PEG.



**Figura 2**  
Complicaciones secundarias a PEG.



**Figura 3**  
Curvas de supervivencia Kaplan-Meier en pacientes con PEG por patología neurológica y neoplásica hasta los 6 meses.

VARIABLES	Indicación neurológica (n= 53)	Indicación neoplásica (n= 3)
Edad, media (DE) años	72,66 (16,22)	62,66 (2,52)
Mujeres, n (%)	19 (59,38%)	0 (0%)
Cuidador familiar, n (%)	26 (81,25%)	3 (100%)
Diabetes, n (%)	10 (31,25%)	1 (33%)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	9 (16,98%)	1 (33%)
Antecedentes de neoplasia, n (%)	3 (9%)	3 (100%)
Deterioro cognitivo, n (%)	29 (90,63%)	0 (0%)
Antiagregantes, n (%)	10 (31,25%)	1 (33%)
Anticoagulantes, n (%)	7 (21,88%)	1 (33%)
Sonda nasogástrica previa, n (%)	22 (69%)	2 (66,67%)
Consentimiento informado firmado por representante legal, n (%)	25 (80%)	0 (0%)
Duración PEG, media (DE) meses	29,09 (24,22)	18,5 (2,12)
Complicaciones, n (%)	27 (84%)	3 (100%)
Técnica, n (%):		
Tracción	32 (100%)	2 (66,67%)
Gastropexias	0 (0%)	1 (33,33%)
Sedación, n (%)	28 (87%)	3 (100%)
Supervivencia (> 6 meses), n (%):		
12 meses	27 (84,38%)	3 (100%)
24 meses	13 (50%)	0 (0%)

**Tabla 2**  
Características basales por estratos según indicación.

## Conclusiones

La demencia avanzada continúa siendo una de las principales indicaciones de PEG en nuestro medio, observándose una menor supervivencia en los pacientes con indicación neurológica frente a los pacientes con indicación neoplásica. Los pacientes con PEG presentaron una alta tasa de complicaciones, siendo la más frecuente la neumonía broncoaspirativa. Hasta un cuarto de los pacientes fallecieron como consecuencia de la complicación. Recibir cuidados por parte de un familiar y el abordaje invasivo de las complicaciones se asocian con una mayor supervivencia.

## CP-018. GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

RAMÍREZ RAPOSO, R; ABRALDES BECHIARELLI, A; VIEJO ALMANZOR, A; RODRÍGUEZ RAMOS, C; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

### Introducción

Valorar las indicaciones, técnica de colocación y seguridad de las sondas de gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

### Material y métodos

Análisis retrospectivo observacional de las sondas PEG de alimentación indicadas en nuestro centro entre 01/01/2016 - 30/06/2018. Se analiza la edad, sexo, enfermedad de base, técnica endoscópica, número de recambios, tiempo de evolución hasta la retirada o exitus así como sus complicaciones.

### Resultados

Se indicaron un total de 71 PEG de primera vez en el periodo analizado, 48% hombres y 52% mujeres. Edad media 66,8±13,8 años. Las principales indicaciones (Figura 1) fueron: demencia (21%), tumores de cabeza y cuello (17%), ICTUS (15%), enfermedades desmielinizantes (14%), Hemorragia subaracnoidea (7%), neumonía aspirativa (7%), TCE (5,6%) y otras. En un 12,7% de los casos la sonda fue transitoria (duración media 8,2±7 meses), siendo el 77% de ellos pacientes con ICTUS y recuperación posterior, TCE y HSA.

El 36,6% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento, con un tiempo medio hasta el exitus de 9,4±8,3 meses. De ellos, el 30% fallecieron antes de 6 meses y el 15% antes de tres. El 50,7% de los pacientes mantienen la sonda PEG al cierre del estudio (media de seguimiento 18±10 meses). La técnica endoscópica de colocación fue por tracción en el 84,5% de los casos y gastropexia con pulsión en el 15,5%, de los cuales el 90,1% de ellos fueron en pacientes con tumores de cabeza y cuello.

Las sondas más utilizadas en la técnica de tracción como primera PEG fueron las de 22 Fr (69%), y en las gastropexias las de 18 Fr (100%). La duración media de las sondas fue de 7 meses, habiéndose realizado de media por paciente 1,3±1,7 recambios. Se

registraron complicaciones asociadas a la técnica en el 16,9% de los casos: desgarros mucosos (7%), sangrados del punto de punción (4,2%) y neumoperitoneo sintomático (4,2%). Todas fueron leves, tratándose con hemoclips y/o tracción de la sonda. (Figura 2 y 3).

Un 38% presentaron complicaciones tardías: salida accidental/arrancamiento del balón (21%), infección periostomal (16,9%), sangrado periostomal (12,7%) y otras (4,2%). En ningún caso implicó la retirada de la sonda (Figura 4).

Se registró un exitus en relación a rotura traumática de la fístula gastro-cutánea con peritonitis posterior.

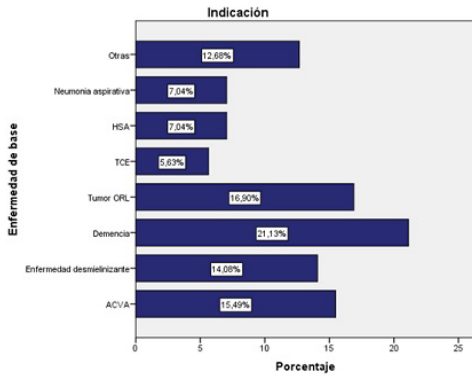


Figura 1 Indicaciones de sonda PEG.

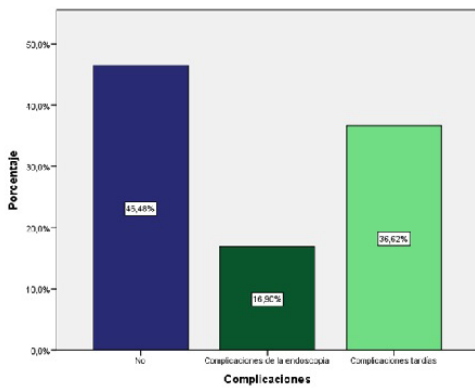


Figura 2

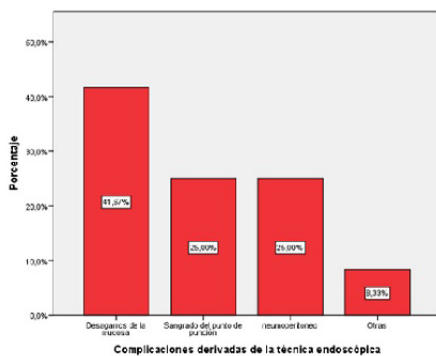


Figura 3

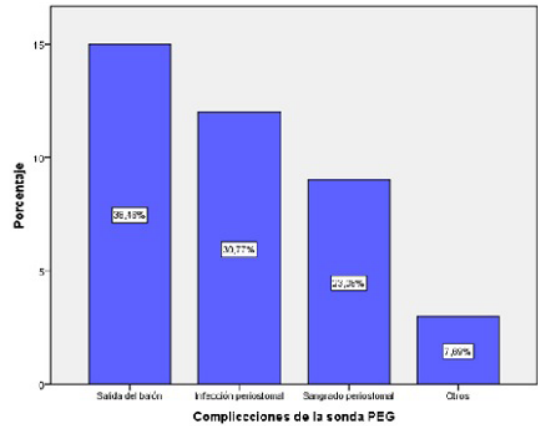


Figura 4 Complicaciones tardías.

Conclusiones

La colocación de sondas PEG de alimentación es una técnica segura en nuestro medio, sin diferencias en la técnica y cuyas complicaciones suelen ser leves. No obstante, dados los riesgos potenciales debemos realizar una adecuada indicación, sin olvidarnos de otros métodos de nutrición en aquellos pacientes especialmente frágiles.

CP-019. HALLAZGO ENDOSCÓPICO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS MÚLTIPLES. EL PAPEL CLAVE DEL GASTROENTERÓLOGO PARA EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA.

GONZÁLEZ AMORES, Y; CASADO BERNABEU, A; ROMERO RODRÍGUEZ, E

CONSULTA APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS

Introducción

La gastritis atrófica autoinmune puede predisponer a la aparición de tumores neuroendocrinos gástricos. Como gastroenterólogos debemos saber que esta entidad puede estar en asociación con otras como el hipotiroidismo y la diabetes o en el seno de un síndrome poliglandular autoinmune.

Caso clínico

Mujer 45 años con DM tipo 2, obesidad e hipotiroidismo autoinmune. En tratamiento con eutirox e insulina desde el inicio del diagnóstico de diabetes a los 23 años. Se solicita gastroscopia previo a cirugía bariátrica.

Gastroscopia: numerosas lesiones sésiles de diferente tamaño en todo el cuerpo y fundus gástrico (Figura 1 y 2), la de mayor tamaño en curvatura mayor de 3 cm. Las biopsias antrales mostraban gastritis

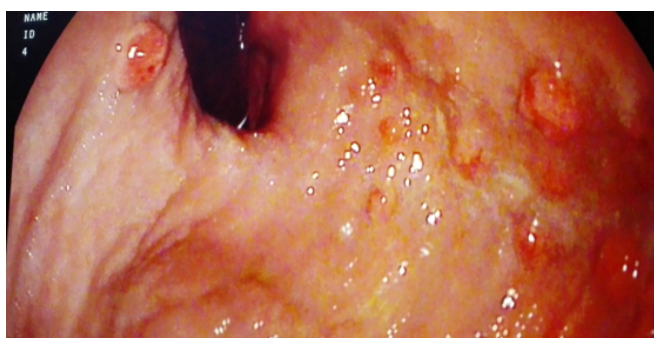
atrófica con metaplasia y leve displasia sin *Helicobacter pylori*. Las biopsias de las lesiones demostraron tumores neuroendocrinos.

Las pruebas de imagen (TC, RMN, octreoscan y ecoendoscopia) muestran múltiples lesiones gástricas y adenopatías perigástricas en pared anterior cercana a la lesión de mayor tamaño, captantes en octreoscan (Figura 3). Las analíticas muestran anticuerpos anticélulas parietales a títulos altos, cromogranina A 1.209 y gastrina >1.000.



**Figura 1**

Gastroscopia: visión directa. Se aprecian en curvatura mayor varias lesiones, la mayor de varios cm. Se tomaron múltiples biopsias, compatibles con tumores neuroendocrinos.



**Figura 2**

Gastroscopia: en retroversión estas lesiones también estaban presentes en cuerpo alto y fundus gástrico.



**Figura 3**

Octreoscan: captación gástrica del marcador, también a nivel perihepático izquierdo. En TAC y Ecoendoscopia esta captación extragástrica se correspondía con una adenopatía patológica.

## Discusión

La asociación de diferentes entidades autoinmunes es algo habitual. La asociación entre hipotiroidismo y diabetes con gastritis atrófica está bien establecida. Al diagnóstico la paciente ya había desarrollado múltiples tumores neuroendocrinos. Cuando alcanzan este número y tamaño no es inusual una gastrina >1.000, si bien era importante descartar un gastrinoma. A pesar de que fuera negativo, está pendiente de un estudio genético para descartar MEN1.

Inicialmente se clasificó como DM tipo 2 por obesidad, pero revisando la historia clínica al inicio se clasificó de DM tipo 1 (cuadra más con la edad de presentación, la necesidad de insulina desde el inicio y la posterior asociación con hipotiroidismo y la gastritis autoinmune).

Probablemente la paciente presenta un síndrome poliglandular autoinmune (SPG) no sospechado hasta los hallazgos endoscópicos. Dada la localización, número de las lesiones y la edad de la paciente se decidió gastrectomía total y posterior seguimiento y estudio por endocrinología.

## CP-020. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS CPRE

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

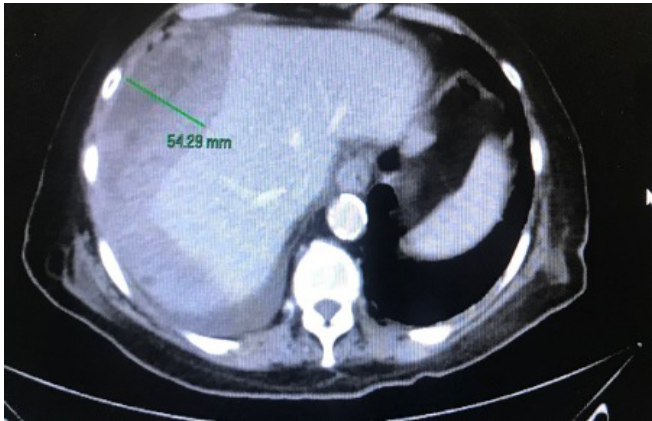
## Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica de vital importancia para el manejo de la patología biliopancreática, que presenta una tasa de complicaciones entre el 2-10%.

## Caso clínico

Mujer de 81 años, con antecedente de infarto agudo de miocardio complicado con parada cardiorrespiratoria y fibrilación auricular en tratamiento con Adiro® 100 mg y Apixabán®. Ingreso previo por colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis resuelta mediante CPRE con esfinterotomía y limpieza biliar. Ingresa actualmente por cuadro de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho asociando fiebre. En control analítico existe alteración del perfil hepático con bilirrubina total de 3,3 a expensas de directa, y en ecografía abdomen urgente presenta colédoco dilatado de 21 mm con coledocolitiasis. Se pauta tratamiento antibiótico empírico y se programa para realización de CPRE. Se contacta previamente con Cardiología, que dado los antecedentes recomienda no suspender Adiro® 100 mg por alto riesgo cardiovascular. Se realiza CPRE con ampliación de esfinterotomía previa, extrayéndose con balón de Fogarty 10-12 cálculos, sin complicaciones inmediatas.

Tras la prueba la paciente presenta dolor abdominal y anemia por lo que se realiza TC abdominal que muestra hematoma subcapsular hepático sin signos de hemorragia activa y neumoperitoneo (Figuras 1-3). De acuerdo con Cirugía General y Radiología Vascular, se decide tratamiento conservador con buena evolución clínica.



**Figura 1**  
TC abdomen con contraste con imagen de hematoma subcapsular hepático de 54 mm.



**Figura 2**  
TC abdomen con contraste con imagen en corte coronal del hematoma subcapsular hepático.



**Figura 3**  
TC abdomen con contraste con imagen de hematoma subcapsular en su porción caudal.

## Discusión

La complicación hemorrágica más frecuente tras CPRE es la hemorragia post-esfinterotomía (1%), siendo muy infrecuente la aparición de un hematoma subcapsular hepático y existiendo muy pocos casos descritos en la literatura.

Se desconoce su etiopatogenia, existiendo dos hipótesis al respecto. La primera, y la principal, sugiere que puede estar en relación con que el paso de la guía produce una perforación en la vía biliar y un daño del parénquima hepático, con rotura de vasos sanguíneos. La segunda hipótesis postula que el daño hepático sería secundario a la tracción ejercida con el balón de Fogarty sobre la vía biliar o por el propio endoscopio.

Los síntomas suelen aparecer en las primeras 48 horas, siendo el principal el dolor abdominal, pudiendo también presentar anemia y fiebre.

El diagnóstico se realiza mediante TC y el tratamiento debe individualizarse según el paciente. Habitualmente se prefiere un manejo conservador asociando antibioterapia por el alto riesgo de infección. En caso de inestabilidad hemodinámica o complicaciones asociadas (30% de los casos) se optaría por tratamiento quirúrgico, siendo también útil la realización de una arteriografía con embolización del vaso sangrante si se objetiva.

## CP-021. IMPORTANCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS

GÓMEZ TORRES, K; MARTÍNEZ AMATE, E; GALLEGO ROJO, F

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL

### Introducción

El síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) pertenece al grupo de poliposis digestivas hamartomatosas que se caracteriza por lesiones mucocutáneas hiperpigmentadas, pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal y un riesgo incrementado de neoplasias.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 28 años con antecedente de orquiectomía izquierda por neoplasia testicular (marcadores tumorales negativos); resección de pólipo hamartomatoso por invaginación de intestino delgado, y resección de un segmento de íleon por nueva invaginación intestinal debido a lesión polipoidea hamartomatosa con histología de adenocarcinoma polipoide ulcerado moderadamente diferenciado. Como antecedente familiar, carcinoma colorrectal en abuelo.

Llega a nuestro servicio para estudio endoscópico de imagen compatible con invaginación, probablemente en yeyuno medio, observada en RMN abdominal. Se rescata del examen físico efélides

en labio inferior y mucosa oral. Se solicita estudio endoscópico completo.

En la EDA se observaron micropólipos de aspecto hamartomatoso en cuerpo y fundus gástrico y hamartoma-adenoma de papila (Figuras 1 y 2); en la EDB 4 pólipos de probable naturaleza hamartomatosa en colon (dos >1cm, realizándose polipectomía con asa de diatermia) y varios micropólipos en íleon terminal (Figuras 3 y 4). En la cápsula endoscópica se hallaron múltiples pólipos yeyuno-ileales subcentimétricos y 2 pólipos de 2 cm en yeyuno e íleon que se resecaron por enteroscopia de doble balón (Figuras 5 y 6). Los resultados anatomopatológicos identificaron pólipos hamartomatosos en colon y yeyuno, con lo cual se pudo confirmar el diagnóstico de SPJ. Desde entonces está en seguimiento por nuestro servicio con revisiones endoscópicas periódicas y no ha presentado nuevas complicaciones.



**Figura 1**  
Micropólipos de aspecto hamartomatoso en cuerpo y fundus.



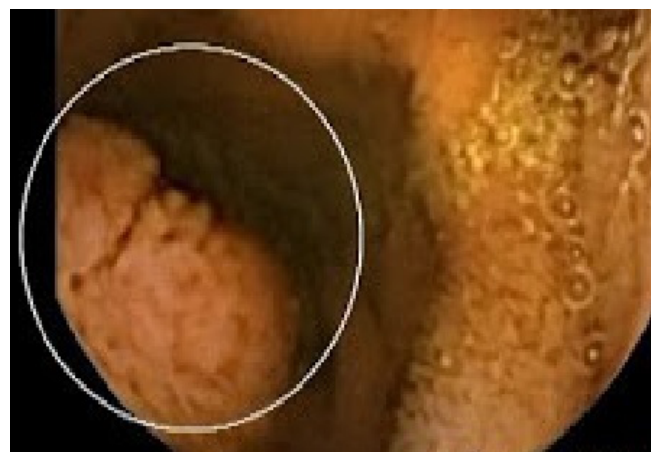
**Figura 2**  
Papila engrosada, sospecha hamartoma-adenoma de papila.



**Figura 3**  
Pólipo de probable naturaleza hamartomatosa en colon.



**Figura 4**  
Polipectomía con asa de diatermia.



**Figura 5**  
Pólipo hamartomatoso en yeyuno medio.



**Figura 6**  
Pólipo hamartomatoso en ileon proximal.

### Discusión

El SPJ es una condición poco frecuente, de herencia autosómica dominante, existiendo además casos de novo, que si no se sospecha permanece sin diagnóstico hasta manifestarse por una de sus complicaciones: invaginación intestinal, obstrucción o hemorragia digestiva.

Los pólipos hamartomatosos suelen ubicarse en intestino delgado, especialmente yeyuno, aunque también pueden presentarse en colon y estómago. Por ello, la cápsula endoscópica y la enteroscopia constituyen procedimientos de especial relevancia en el diagnóstico de esta patología.

Estos pacientes tienen mayor riesgo de neoplasias gastrointestinales y extraintestinales por un mecanismo todavía desconocido, no descartándose que algunas se deban a una progresión de hamartoma-adenoma-carcinoma.

Es importante reconocer este cuadro para implementar medidas de vigilancia endoscópica oportunas que permitan la identificación temprana de pólipos. Asimismo, el manejo endoscópico permite reseca pólipos grandes (>1-1,5 cm) con el fin de reducir sus complicaciones mecánicas y el riesgo de cáncer, al identificar malignidad en estadios tempranos, mejorando de esta manera el pronóstico en estos pacientes.

### CP-022. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO ANTE PRESENTACIONES INUSUALES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS: SÍFILIS GÁSTRICA Y ANORRECTAL

PUYA GAMARRO, M<sup>1</sup>; ARIAS ROMANO, AJ<sup>2</sup>; MÉNDEZ SÁNCHEZ, IM<sup>1</sup>; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, R<sup>1</sup>; SÁNCHEZ YAGÜE, A<sup>1</sup>; GRANADOS PACHECO, F<sup>3</sup>; PEREDA SALGUERO, T<sup>3</sup>; SÁNCHEZ CANTOS, AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>2</sup>UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>3</sup>UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

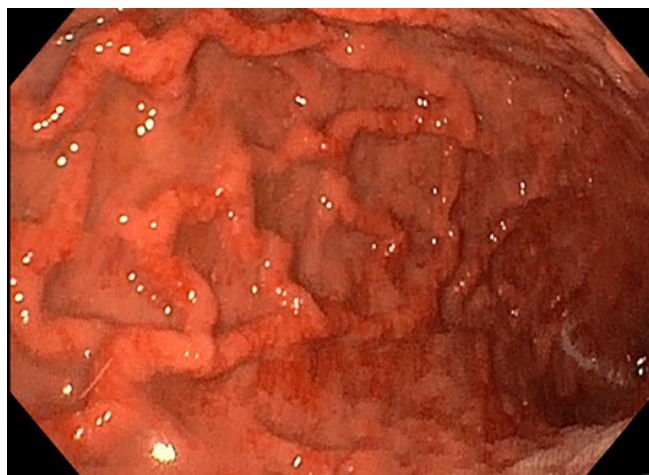
### Introducción

En la última década la incidencia de sífilis ha aumentado, constituyendo un problema de salud pública en nuestro medio. En pacientes coinfectados VIH-sífilis observamos manifestaciones atípicas y raras como la afectación gástrica y anorrectal.

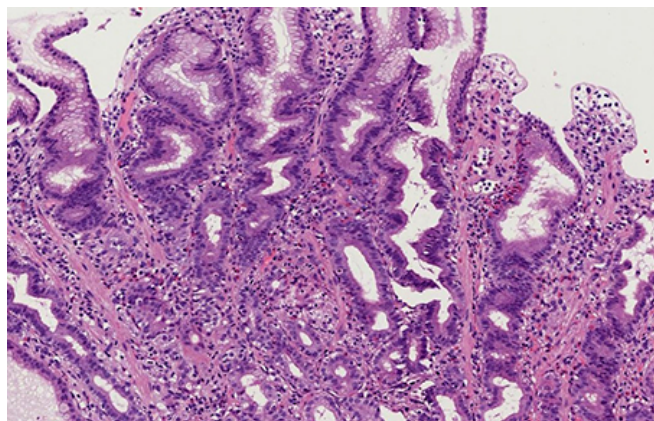
### Caso clínico

Caso 1: varón de 45 años ingresado por epigastralgia. Como antecedentes, infección VIH A1 y sífilis con afectación genital en 2010 tratada. Solicitamos gastroscopia apreciando mucosa del fundus, cuerpo y antro (zona prepilórica conservada) discrómica y friable espontáneamente, con aspecto infiltrativo (Figura 1), que biopsiamos. El resultado histológico reveló gastritis crónica activa y espiroquetas detectadas con inmunotinción con anticuerpo antitreponema, compatible con sífilis gástrica (Figuras 2 y 3). Iniciamos tratamiento con penicilina G sódica 4 millones/4 horas endovenoso 10 días con evolución satisfactoria.

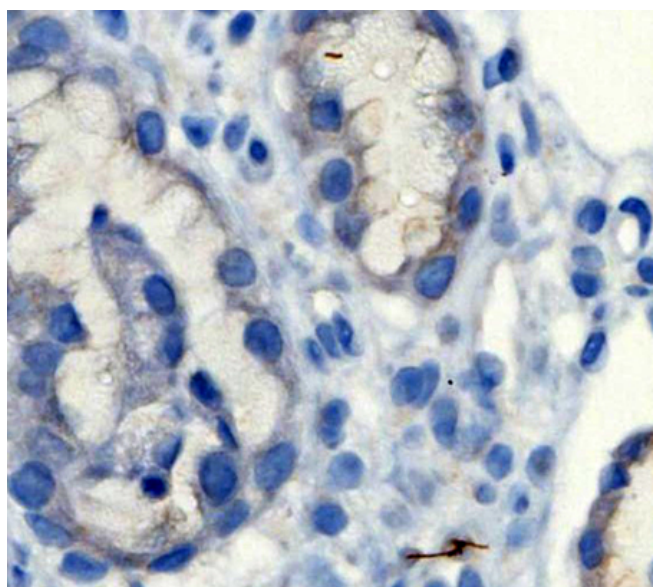
Caso 2: varón de 35 años de edad, con infección VIH estadio A1, que consultó por rectorragia. Solicitamos rectosigmoidoscopia, observando desde margen anal hasta unos 7-8 cm, úlcera rectal solitaria, con pérdida de sustancia, que ocupaba 1/3 de la circunferencia, con bordes elevados y centro cubierto de fibrina, tomándose muestras. El resultado histológico fue de ulceración, tejido de granulación y denso infiltrado inflamatorio predominante plasmocitario. Con la técnica de inmunohistoquímica se identificaron estructuras sugestivas de Treponema (Figura 4). Se realizó tratamiento con penicilina con evolución favorable.



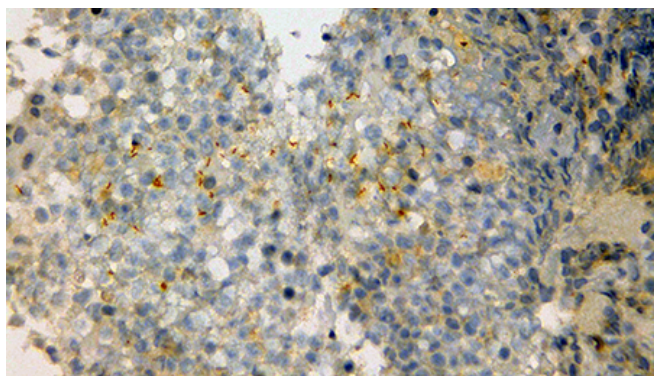
**Figura 1**  
Imagen endoscópica que muestra mucosa gástrica discrómica, friable espontáneamente.



**Figura 2** Hematoxilina-eosina: mucosa gástrica con hiperplasia foveolar e infiltrado inflamatorio agudo, con numerosos eosinófilos.



**Figura 3** Presencia de espiroquetas en la mucosa gástrica, puestos de manifiesto con la técnica de inmunohistoquímica (anticuerpo antitreponema).



**Figura 4** Presencia de espiroquetas en la mucosa colónica puestas de manifiesto con inmunohistoquímica.

## Discusión

La sífilis es una enfermedad sistémica. La afectación gástrica está descrita en <1% de pacientes. Su prevalencia está infraestimada dada la dificultad diagnóstica a nivel clínico, endoscópico e histológico. Endoscópicamente, son lesiones friables espontáneamente, típicamente antrales, interrumpiéndose en píloro.

La sífilis anorrectal es también una entidad infrecuente. La característica más constante es la ulceración. La ubicación en la pared anterior es típica de la sífilis primaria anorrectal.

El diagnóstico diferencial debe incluir enfermedades inflamatorias intestinales, proctitis de otra etiología, pólipos, úlcera rectal solitaria, linfomas, linfogranulomas venéreos, tuberculosis y cáncer rectal.

El tratamiento habitual se realiza con penicilina benzatina.

## CP-023. LA POEM COMO TRATAMIENTO PARA LA OBSTRUCCIÓN FUNCIONAL DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VALDÉS DELGADO, T; GUERRA VELOZ, MF; ALBÉNIZ ARBIZU, E; JIMÉNEZ GARCÍA, A; HERGUETA DELGADO, P; RODRÍGUEZ TÉLLEZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

## Introducción

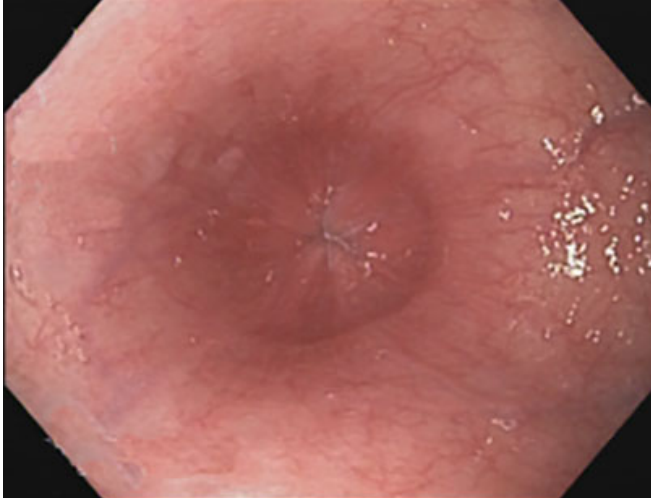
La obstrucción funcional de la Unión Esofagogástrica (UEG) se define por una presión de relajación integrada (PRI) del esfínter esofágico inferior (EII) por encima del límite de la normalidad pero sin cumplir los criterios diagnósticos de acalasia. En este trastorno la peristalsis está conservada.

## Caso clínico

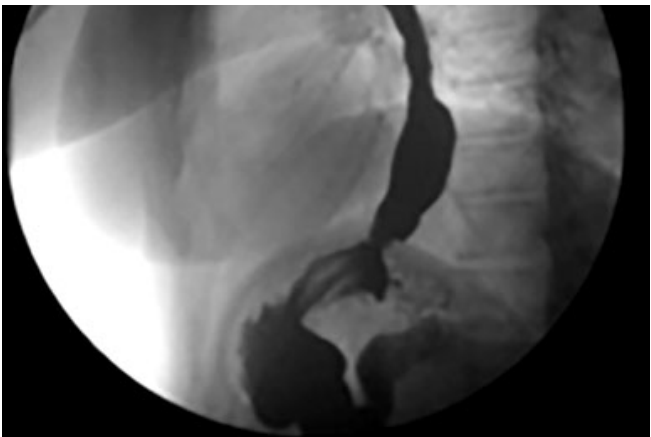
Mujer de 58 años en seguimiento en consultas de digestivo por disfagia intensa de 15 años de evolución sin ningún otro síntoma asociado. En la gastroscopia no se apreciaron lesiones en todos los tramos de la mucosa esofágica y gástrica explorados, pero a nivel del EII se objetivó cierta resistencia al paso del endoscopio (**Figura 1**), sin lesiones macroscópicas adyacentes a dicha zona. Se realizó posteriormente ecoendoscopia para asegurar la ausencia de organicidad, con resultado de esta normal.

En la manometría de alta resolución se objetivó aumento de la PRI con valores muy por encima de la normalidad y peristalsis esofágica conservada, confirmando el diagnóstico de Obstrucción funcional de la UEG. También se realizó como prueba complementaria a la manometría el estudio baritado, apoyando dicho diagnóstico (**Figura 2**).

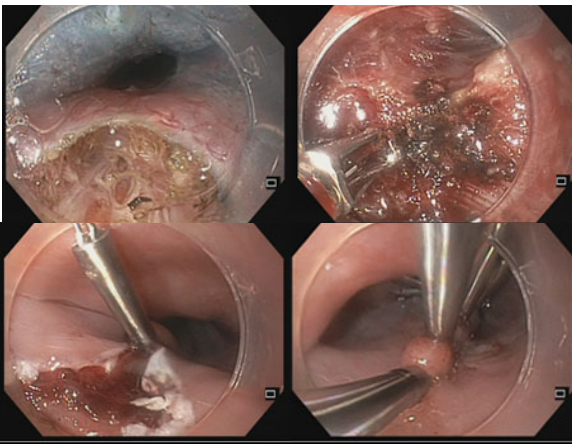
Finalmente la paciente se intervino mediante miotomía esofágica por vía oral (POEM) (Figura 3) con resultados excelentes en tres años de seguimiento (Figura 4). Actualmente no presenta disfagia, el único síntoma que presenta es reflujo gastroesofágico.



**Figura 1**  
Gastroscopia: resistencia al paso del endoscopio en el EEI.



**Figura 2**  
Estudio Baritado: dilatación tercio distal del esófago con cierta dificultad del paso del contraste por la UEG.



**Figura 3**  
Gastroscopia: miotomía endoscópica por vía oral (POEM)



**Figura 4**  
Gastroscopia: cicatriz de la POEM en gastroscopia de control a los 3 años.

## Discusión

La obstrucción funcional de la UEG es considerada una variante de la acalasia, ya que la alteración primaria es similar: la relajación incompleta del EEI. Por ello, se ha propuesto que el tratamiento de ambos trastornos debe ser similar, con el objetivo de disminuir la presión del EEI.

Actualmente la POEM está considerada una terapia efectiva (control de síntomas) para la acalasia en el seguimiento a corto y mediano plazo con resultados comparables a la miotomía de Heller y las dilataciones endoscópicas para la mejoría de los síntomas.

Hasta la fecha, son numerosos los estudios que avalan los resultados excelentes de la POEM, resolviendo en la mayoría de los casos la sintomatología presentada a corto-medio plazo (hasta 4 años de experiencia), aunque se necesitan más estudios que corroboren su eficacia en el control de síntomas a largo plazo.

## CP-024. MANEJO DE ESTENOSIS BENIGNAS GASTROINTESTINALES MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS DE APOSICIÓN LUMINAL: NUESTRA EXPERIENCIA

SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ YAGÜE, A; PUYA GAMARRO, M; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

### Introducción

Las prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS: lumen-approximating metal stent) han sido diseñadas inicialmente para drenajes transmurales de colecciones y derivaciones biliopancreáticas, pero su empleo como prótesis endoluminal está creciendo como parte del manejo de estenosis benignas del tubo digestivo,

principalmente anastomóticas, ya que permiten una dilatación progresiva y duradera, gracias a la existencia de extremos elevados que se adaptan al lumen y a su mayor calibre, con menores tasas de oclusión y de migración que los stents plásticos y metálicos autoexpandibles. El objetivo de nuestro estudio es analizar la efectividad de las prótesis de aposición luminal en esta indicación.

## Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con colocación endoluminal de LAMS en nuestro hospital, considerando variables demográficas, tipo de intervención quirúrgica y técnicas endoscópicas previas, así como la indicación de la prótesis y sus resultados técnico y clínico.

## Resultados

Desde julio de 2016 hasta julio de 2018 se han colocado 8 LAMS endoluminales en nuestro centro (Tabla 1). 75% varones. Edad media de 62,3 años. El 50% (4/8) se sometió a terapéutica endoscópica previa (dilatación con balón, con una media de dos sesiones). Se colocaron LAMS de 14x10 mm (Hanaro-Izasa) en las estenosis de anastomosis colorrectal; LAMS de 15x10 mm (Axios-Boston Scientific) en estenosis esofágica y 1 anastomosis esófago-yeyunal; y LAMS de 16x40 mm (Hanaro-Izasa) en estenosis anastomosis gastro-yeyunal y 1 esófago-yeyunal.

Éxito técnico del 100% (8/8), aunque una de 14x10 mm hubo que recuperarla y reenvainarla para su liberación en dos ocasiones. Sin complicaciones durante la prueba ni posteriores asociadas a la técnica. El éxito clínico (permitir tránsito) se alcanzó en 6/7 pacientes (85%), siendo la causa de fracaso la migración precoz sin llegar a dilatar (colorrectal). En caso de la esofágica no se pudo comprobar el éxito por fallecimiento precoz por enfermedad de base. En un paciente hubo que retirar la prótesis a la semana por mala tolerancia con empeoramiento del reflujo biliar (esófago-yeyunal).

No hubo recurrencia de estenosis tras el éxito, aunque una prótesis se obstruyó por crecimiento neoplásico intraluminal, precisando recambio. Migraron tres prótesis, dos de ellas tras éxito y una en fracaso por migración precoz.

PATOLOGÍA	CIRUGÍA	ANASTOMOSIS
Adenoca. Gástrico estadio IIIA	Gastrectomía subtotal	Gastro-yeyunal
Adenoca. Gástrico estadio IV	Gastrectomía total con Y Roux	Esofago-yeyunal
Adenoca. Sigma estadio II	Resección alta de recto	Colo-rectal
Adenoca. Recto medio estadio IIIA	Resección baja de recto	Colo-rectal
Compresión extrínseca esofágica por fibrosis mediastínica	-	-
Diverticulitis aguda perforada	Sigmoidectomía	Colo-rectal
Diverticulitis aguda perforada	Sigmoidectomía	Colo-rectal
Adenoca. Gástrico estadio IIIB	Gastrectomía total con Y Roux	Esofago - yeyunal

Tabla 1

## Conclusiones

La colocación de LAMS en estenosis del tubo digestivo es técnicamente sencillo y seguro, siendo una opción a tener en cuenta en el arsenal terapéutico para paliar estenosis cortas, fundamentalmente anastomóticas.

## CP-025. MANEJO ENDOSCÓPICO DE VÓLVULO GÁSTRICO SECUNDARIO A MALROTACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; LOPEZ ORTEGA, S; TENORIO GONZÁLEZ, E; RICO CANO, A; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

## Introducción

La malrotación intestinal es la rotación anormal del intestino debido a defectos anatómicos por interrupción de cualquier estadio de rotación normal del intestinal. Es una patología más reconocida en la infancia, donde el 90% de los casos son diagnosticados en el primer año de vida. Existen formas sintomáticas que se manifiesta con dolor abdominal agudo o crónico, vómitos biliosos, disminución de peso, estreñimiento, sangrado digestivo, etc. En el primer año de vida suele presentarse como vómitos biliosos y distensión abdominal, asociado a vólvulos. Existen formas asintomáticas en la que el hallazgo es incidental al estudiar otro tipo de patología gastrointestinal.

## Caso clínico

Varón de 16 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal súbito en hemiabdomen superior tras leve trasgresión dietética. A la exploración destaca dolor intenso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, así como defensa e irritación peritoneal. Análítica urgente sin alteraciones destacables. Se realiza Radiografía de abdomen (Figura 1) que muestra gran dilatación de cámara gástrica y TC de abdomen urgente (Figura 2) donde se observa una gran dilatación de cámara gástrica con contenido en su interior secundario a la existencia de una malrotación intestinal congénita con volvulación gástrica asociada. En la imagen podemos observar como el duodeno no cruza línea media y la vena mesentérica superior describe un giro sobre su propio eje. Tras estos hallazgos se posiciona sonda nasogástrica (SNG) evacuadora con leve mejoría de la sintomatología, continuando el paciente con vómitos de repetición.

Se decide realizar endoscopia urgente bajo intubación orotraqueal, visualizando fruncimiento de pliegues a nivel esofágico inferior que se sobrepasa con leve presión del endoscopio, accediendo a cámara gástrica que no permite realizar retroversión y notando cierta dificultad de paso a nivel antral. Avanzamos endoscopio con insuflación máxima hasta segunda porción duodenal. En retirada conseguimos realizar retroversión sin dificultad visualizando estómago con morfología normal sin volvulación. Tras la endoscopia el paciente evoluciona de forma favorable, tolerando vía oral sin problema pudiendo ser alta domiciliaria en las horas siguientes.

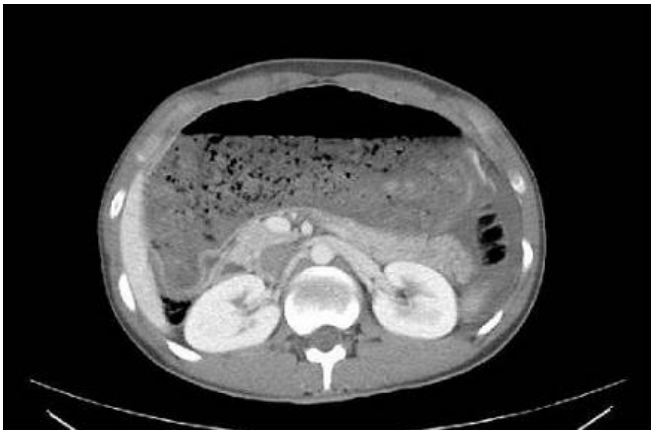
## Discusión

El vólvulo gástrico es una patología rara pero muy importante conocer su existencia ya que un diagnóstico correcto y precoz va a determinar el pronóstico del paciente. Habitualmente el tratamiento del vólvulo agudo requiere una laparotomía de urgencias, sin embargo desde 1995, tras la descripción por Tsang

*et al.* de varios casos tratados endoscópicamente es importante intentar esta maniobra siempre que sea posible para evitar una cirugía abdominal.



**Figura 1**  
RX de abdomen que muestra gran dilatación de cámara gástrica.



**Figura 2**  
TC de abdomen que muestra gran dilatación de cámara gástrica.

### CP-026. METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA OVÁRICO EN COLON. HALLAZGO INFRECLENTE.

ROMERO MORENO, S<sup>1</sup>; AYUSO CARRASCO, CAB<sup>2</sup>; DE VICENTE ORTEGA, A<sup>1</sup>; DEL CASTILLO CODES, MI<sup>1</sup>; CASTILLO MOLINA, L<sup>1</sup>; OJEDA HINOJOSA, M<sup>1</sup>; MARTÍNEZ GARCÍA, R<sup>1</sup>; JIMÉNEZ ROSALES, R<sup>2</sup>; TERCERO LOZANO, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

### Introducción

El cáncer de ovario se considera la segunda neoplasia del aparato genital femenino en frecuencia, tras el cáncer de endometrio. Sin embargo es la principal causa de mortalidad por cáncer ginecológico. El adenocarcinoma seroso es el tipo histológico más frecuente.

### Caso clínico

Mujer de 66 años con antecedentes familiares de cáncer de colon, próstata y metastásico de origen no filiado. Fue intervenida de carcinoma seroso de ovario y recibió quimioterapia adyuvante.

A los tres años presenta cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda, dificultad evacuadora y tendencia al estreñimiento. En la analítica sólo destaca una anemia leve y los marcadores tumorales eran normales.

Se realizó colonoscopia completa, detectando una lesión polipoidea en sigma, de aspecto submucoso, centro umbilicado y ulcerado de 18 mm (**Figura 1**).

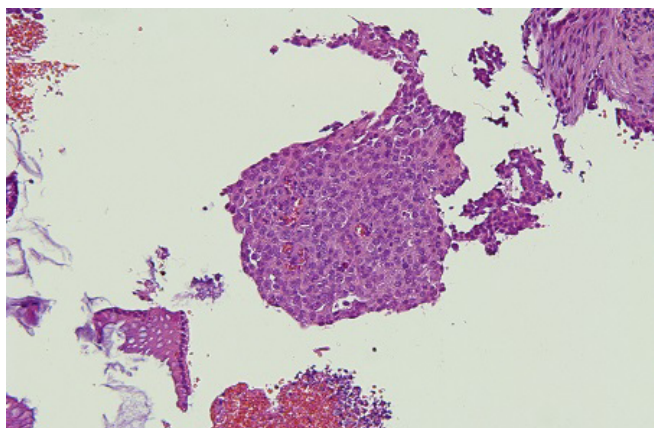
El estudio anatomopatológico de la biopsia, muestra una mucosa de tipo intestinal y escara fibrino necrótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico (**Figuras 2 y 3**).

En el TC se observa una lesión polipoidea en sigma de 1,8x1,5 cm con base de implantación de aproximadamente 16 mm (**Figura 4**).

Se realizó sigmoidectomía. En la pieza reseca se observa infiltración metastásica por carcinoma pobremente diferenciado, de patrón sólido y papilar, de origen primario ginecológico, inmunofenotípicamente compatible con adenocarcinoma seroso, de 1,6 cm que ulcera la mucosa y afecta toda la pared alcanzando el tejido adiposo subseroso.

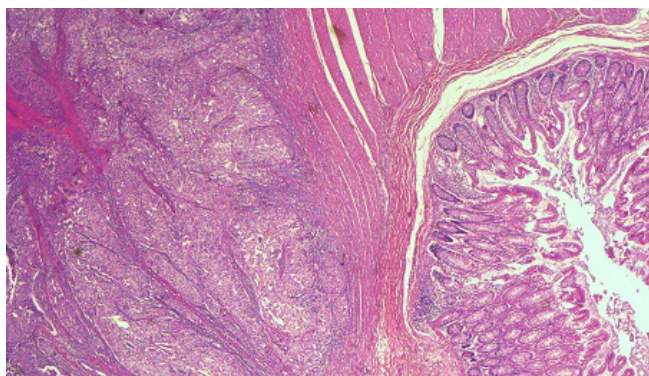


**Figura 1**  
Colonoscopia: lesión polipoidea en sigma de aspecto submucoso, centro umbilical y ulcerado de 18 mm.



**Figura 2**

Anatomía patológica: mucosa de tipo intestinal y escara fibrino-neurótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico.



**Figura 3**

Anatomía patológica: mucosa de tipo intestinal y escara fibrino-neurótica con escasos nidos celulares intensamente atípicos con carácter carcinomatoso, compatible con un posible origen ovárico.



**Figura 4**

TAC abdominal: lesión polipoidea en sigma de 1,8x1,5 cm con base de implantación de aprox 16 mm.

## Discusión

Las metástasis de tumores digestivos a ovario son frecuentes, pero en el caso que presentamos el tumor primario se encontraba localizado en ovario. Es el pulmón e hígado los órganos donde se producen metástasis con mayor frecuencia, siendo la metástasis a colon una localización rara.

## CP-027. MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA DUODENAL: UN HALLAZGO INUSUAL

ROA COLOMO, A; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E; DÍAZ ALCÁZAR, MM; DIÉGUEZ CASTILLO, C; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; MARTÍNEZ TIRADO, P

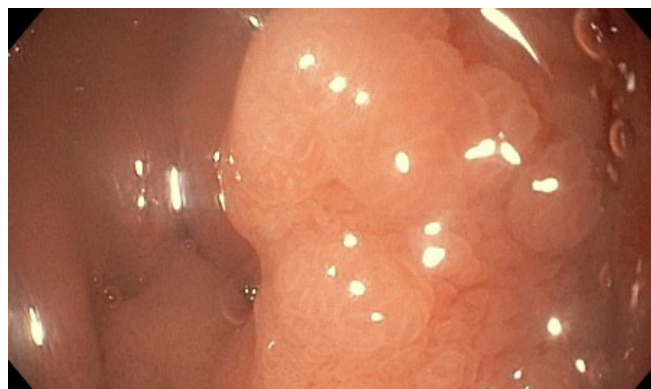
UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

## Introducción

La mucosa gástrica heterotópica o ectópica es la presencia de mucosa gástrica fuera del estómago. Es una patología no neoplásica que ha sido descrita en esófago, duodeno, colon y en el divertículo de Meckel.

## Caso clínico

Varón de 44 años con antecedentes personales de funduplicatura laparoscópica por reflujo gastroesofágico (ERGE), se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) de revisión posteriormente a la cirugía que visualiza en estómago por retrovisión un pliegue gástrico que rodea subcardias abrazando el endoscopio adecuadamente, sugestivo de funduplicatura y el resto de cámara gástrica sin lesiones. En duodeno, en cara anterior y posterior del bulbo, tras pasar el píloro, se observan dos lesiones de bordes indefinidos y aspecto adenomatoso que se biopsian, sugestivos de mucosa gástrica ectópica (Figuras 1 y 2). Segunda porción duodenal sin lesiones. El diagnóstico anatomopatológico confirma la presencia de células parietales gástricas. El paciente se encuentra asintomático y la exploración física es normal. Seis meses después del hallazgo, se ha realizado una EDA de control con biopsias en la que no se objetivan cambios.



**Figura 1**

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

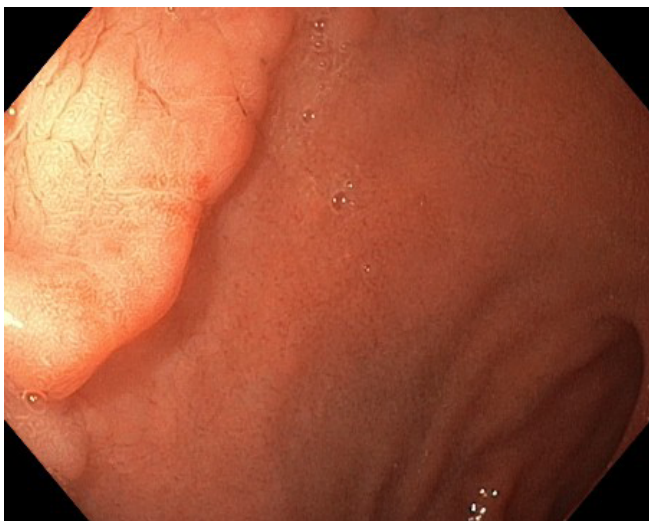
**Figura 2**

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. A la izquierda de la imagen se observa la lesión, con mucosa de aspecto gástrico que difiere de la mucosa duodenal normal que la rodea.

### Discusión

Es un hallazgo infrecuente (0,5-2% de la patología duodenal), sin predominio de género y con una edad media de 54 años. Se considera una lesión congénita por un error en la diferenciación del endodermo durante la embriogénesis. Generalmente, es un hallazgo inesperado y diagnosticado en pacientes mayores de 35-40 años que se someten a una EDA por síntomas dispépticos. Otros autores, sospechan que los estados de hipergastrinemia pueden favorecer su desarrollo, pacientes con síndrome de Zollinger Ellison o con uso prolongado de inhibidores de bomba de protones (como en nuestro caso). El aspecto endoscópico más frecuente de la mucosa gástrica ectópica es el de pólipos únicos o múltiples. También hay casos descritos como eritema, mucosa irregular y ocasionalmente, puede simular una lesión neoplásica. La localización más frecuente es el bulbo duodenal e histológicamente, se caracteriza por la presencia de células gástricas foveolares, células gástricas parietales y células principales en la mucosa duodenal. No se ha identificado displasia en ningún caso, lo que confirma la naturaleza benigna de la lesión. Tampoco se relaciona con la infección por *Helicobacter pylori*. Es importante realizar diagnóstico diferencial con la bulboduodenitis péptica y la enfermedad de Crohn, en las que no existen células parietales en la biopsia. Concluimos que la mucosa ectópica gástrica duodenal es una entidad infrecuente y de comportamiento benigno, en la que es fundamental la identificación de células parietales gástricas para su diagnóstico.

### CP-028. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE STENTS COLÓNICOS EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA

PUYA GAMARRO, M; SORIA LÓPEZ, E; ARIAS ROMANO, AJ; SÁNCHEZ YAGÜE, A; RIVERA IRIGOIN, R; SÁNCHEZ CANTOS, AM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

### Introducción

El 20% de los cánceres colorrectales (CCR) desarrollan obstrucción intestinal, diagnosticándose en estadios avanzados. En estos casos, la endoprótesis colónica puede ser, una opción paliativa, o puente hacia una cirugía programada en pacientes seleccionados (ASA  $\geq$ III o  $>$ 70 años), evitando la intervención urgente y permitiendo un estudio preoperatorio y una cirugía programada más segura.

Nuestros objetivos fueron analizar las indicaciones de endoprótesis colónica en obstrucción intestinal maligna, resultados y complicaciones.

### Material y métodos

Análisis descriptivo-retrospectivo de pacientes con colocación de endoprótesis en nuestro medio entre 2013 y 2016.

### Resultados

Analizamos 55 pacientes, edad media 68 años, 58,2% varones. Las comorbilidades más frecuentes fueron metabólicas (36,4%) y cardíacas (23%). El motivo de consulta más frecuente fue la ausencia de tránsito en el 60% de pacientes (**Figura 1**).

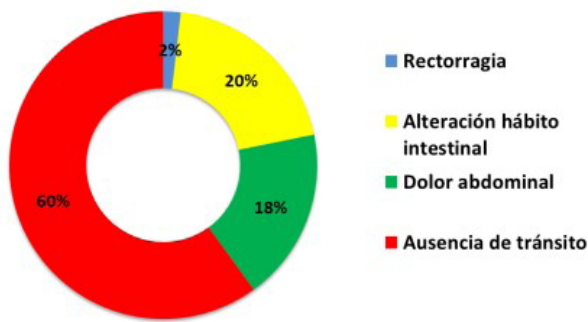
Empleamos TC como prueba diagnóstica en el 72,7% y colonoscopia en el 21,8%. Etiología: 51 CCR, 2 estenosis anastomosis, 1 sarcoma endometrial, 1 adenocarcinoma pancreático (**Figura 2**). Pacientes con CCR: 29 endoprótesis paliativas (28 CCR metastásico) y 22 como puente a cirugía. La prótesis metálica no recubierta se colocó mediante colonoscopia guiada por fluoroscopia. Éxito técnico 96,4% y clínico 92,7%. Hubo 7 migraciones, resolviéndose 5 mediante reemplazo o técnica "prótesis sobre prótesis". La mortalidad atribuida a la prótesis fue del 1,8%. La supervivencia en pacientes paliativos fue 3-12 meses.

En el grupo puente, el tiempo medio de prótesis a cirugía fue 2 semanas (62% abordaje laparoscópico, técnica más empleada hemicolecotomía izquierda), sin estoma de protección en el 74%. 6 presentaron complicaciones postquirúrgicas (3 infección herida quirúrgica y 1 reintervención por dehiscencia anastomótica). El estadio postoperatorio fue predominantemente T3N0M0, con afectación ganglionar en 5 pacientes. Los ganglios resecaados de media fueron 22, con márgenes libres en todos los casos. 4 pacientes presentaron recidiva local y 3 metástasis a distancia tras cirugía.

### Conclusiones

En pacientes con CCR izquierdo no resecaable, la endoprótesis colónica es una opción eficaz y segura, mejorando la calidad de vida. Como método puente a cirugía, en pacientes seleccionados (ASA  $\geq$ III o  $>$ 70 años), permite el estudio preoperatorio y una resección oncológica adecuada, con baja tasa de complicaciones, resultados acordes con la literatura.

### Motivo de consulta

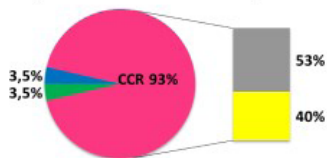


**Figura 1**

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

### Indicación de prótesis

- obstrucción intestinal por neoplasias no colónicas
- estenosis anastomosis
- Intención paliativa en obstrucción intestinal por CCR no resecable
- Puente a cirugía en obstrucción intestinal por CCR



**Figura 2**

Imagen endoscópica de mucosa gástrica ectópica en bulbo duodenal. Se observa lesión polipoide de aspecto adenomatoso de 2 cm aproximadamente.

### CP-029. PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA FUERA DEL CAMPO DE LA GASTROENTEROLOGÍA

VADILLO CALLES, F; FERNÁNDEZ CANO, MC; MARTÍNEZ CARA, JG; FERNANDEZ FERNANDEZ, E; HERRADOR PAREDES, M; REDONDO CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

#### Introducción

La ecoendoscopia es una prueba accesible, con escasas complicaciones y con multitud de aplicaciones, no solo a nivel pancreático-biliar. Permite realizar una evaluación del mediastino, estaciones ganglionares y alguna localización pulmonar, así como la obtención de material para estudio anatomopatológico cuando ésta es posible.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con antecedentes de carcinoma de células claras de ovario intervenida en 2015 mediante histerectomía total con doble anexectomía y tratamiento quimioterápico posterior con Taxol-Carboplatino x 6 ciclos, en seguimiento por Oncología Médica. Se realiza PET-TAC de control donde se objetiva una masa hipermetabólica en mediastino posterior y en hueso ilíaco izquierdo. Se nos remite para valoración de ecoendoscopia y punción de la lesión mediastínica.

La exploración se realiza con equipo lineal. A unos 32 cm de arcada dentaria, a nivel paraaórtico, se objetiva una masa heterogénea de unos 35 x 22 mm de bordes mal definidos y con centro anecoico, probablemente necrótico, sobre la que se realizan dos pases de PAAF con aguja de 25G con obtención de material para estudio citológico.

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de adenocarcinoma compatible con origen ovárico. La paciente finalmente ingresa en Oncología Médica para reevaluación de nuevo esquema de tratamiento.

### Discusión

El papel de la ecoendoscopia no se limita únicamente al campo de la gastroenterología, puesto que con esta técnica podemos obtener material para diagnóstico diferencial de lesiones en diferentes localizaciones, como se presenta en este caso, donde dicha técnica fue clave para el diagnóstico de una recidiva de un cáncer de origen ginecológico.

### CP-030. PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE ÍLEON PRETERMINAL TRAS COLONOSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; RICO CANO, A; TENORIO GONZÁLEZ, E; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

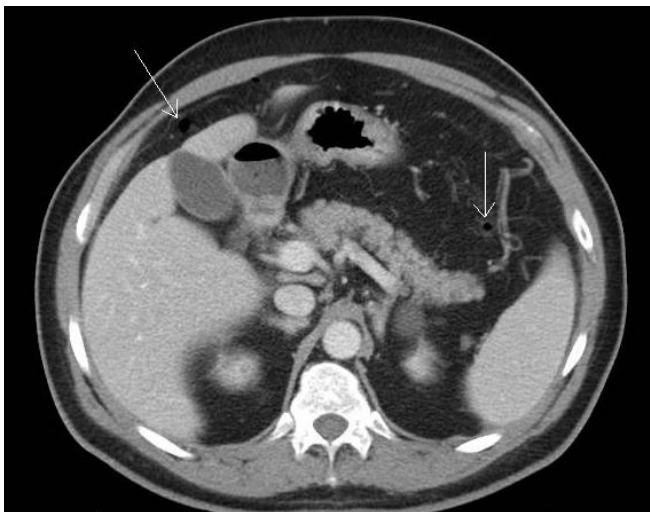
#### Introducción

La perforación del colon como complicación de una colonoscopia es poco frecuente aunque grave. La tasa de perforación se han calculado entre el 0,03-0,9% en colonoscopias diagnósticas y puede alcanzar el 3% si se realiza con fines terapéuticos. A continuación se expone el caso de una perforación espontánea de íleon preterminal en una colonoscopia sin ileoscopia.

### Caso clínico

Varón de 65 años sin antecedentes de interés. Se realiza colonoscopia diagnóstica bajo sedación profunda y con insuflación de aire, hasta fondo cecal, con hallazgo de divertículos en sigma y dos pólipos sésiles. Uno de ellos en fondo cecal junto a fosita apendicular de 10 mm, resecado con asa de diatermia previa infiltración de adrenalina

1/100.000 y posicionamiento de dos hemoclip en la base. El otro otro pólipo de 7 mm, situado en ángulo hepático extirpado de la misma forma y con colocación de un hemoclip de forma preventiva. No se observan complicaciones inmediatas al procedimiento. A las 24 horas el paciente acude a urgencias con dolor abdominal en fosa iliaca derecha que ha ido en aumento de forma progresiva. En analítica de urgencias se observa leucocitosis con desviación izquierda. Se realiza TC de abdomen urgente que muestra burbujas aéreas extraluminales compatibles con perforación intestinal (Figura 1) y líquido libre con engrosamiento parietal de asas de delgado que sugiere peritonitis. Se realiza laparotomía evidenciando perforación de íleon preterminal a 60 cm de la válvula ileocecal. Se revisa colon que presenta pared íntegra y sin signos de fuga. La evolución del paciente es favorable tras la cirugía.



**Figura 1** Burbujas aéreas extraluminales compatibles con perforación intestinal

**Discusión**

La perforación del íleon preterminal es una complicación extraña, que podría estar en relación al tiempo prolongado de la exploración y al uso de aire convencional. Es importante que los pacientes estén informados acerca de las posibles complicaciones y los síntomas de alarma tras una colonoscopia, y así acudir al servicio de urgencias para una atención precoz.

**CP-031. RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO TRAS EL USO DE PRÓTESIS PUENTE A LA CIRUGÍA VS. CIRUGÍA URGENTE EN LA NEOPLASIA OBSTRUCTIVA DE COLON IZQUIERDO**

LARA ROMERO, C<sup>1</sup>; LAVIN CASTEJON, I<sup>1</sup>;  
 CAUNEDO ÁLVAREZ, Á<sup>2</sup>; HERGUETA DELGADO, P<sup>2</sup>;  
 ANDRADE BELLIDO, R<sup>1</sup>; ALCAÍN MARTÍNEZ, G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA <sup>2</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

**Introducción**

El cáncer colorrectal debuta con obstrucción hasta en un 10-30% de los pacientes. Esta situación requiere una actuación urgente que clásicamente ha sido la cirugía. Las prótesis metálicas autoexpansibles permiten una descompresión colónica y la realización de una cirugía programada. La preocupación por los resultados oncológicos a largo plazo respecto a una u otra técnica sigue siendo tema de debate.

El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados oncológicos a largo plazo en pacientes con obstrucción maligna de colon izquierdo potencialmente curables que fueron tratados con prótesis puente a cirugía (PPC) y los que fueron tratados con cirugía urgente (CU).

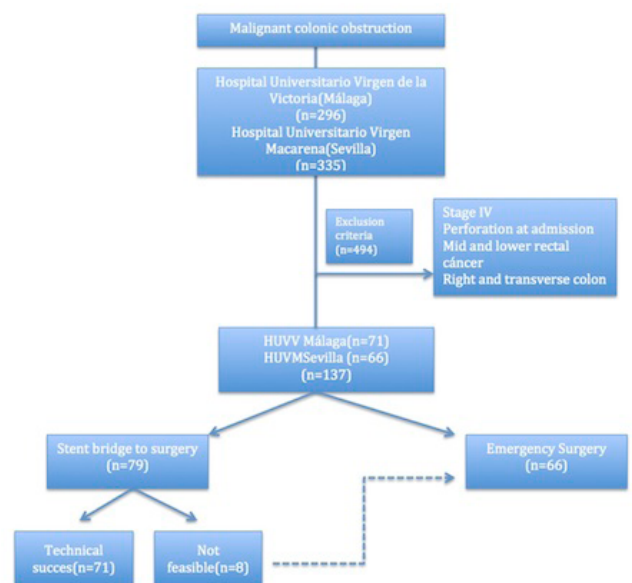
**Material y métodos**

Se revisaron de forma retrospectiva los pacientes con obstrucción maligna de colon izquierdo y recto superior en el periodo comprendido entre enero de 2006 y mayo de 2012 en el Hospital Virgen de la Victoria (Málaga) y el Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Se excluyeron a los pacientes con perforación al diagnóstico, neoplasias obstructivas de colon derecho o transverso y de recto medio o inferior, así como a los pacientes con enfermedad metastásica independientemente de la reseccabilidad de las metástasis. Se revisaron los registros médicos de al menos 5 años de seguimiento de todos los pacientes.

Tras aplicar criterios de exclusión, se incluyeron 71 pacientes en el grupo de prótesis puente a cirugía (PPC) y 66 en el grupo de Cirugía Urgente (CU).

Se compararon en primer lugar los grupos entre ambos hospitales, obteniendo una muestra homogénea para su análisis.



**Figura 1** Diagrama de diseño del estudio

## Resultados

Tras aplicar criterios de exclusión, se incluyeron 71 pacientes en el grupo de prótesis puente a cirugía (PPC) y 66 en el grupo de Cirugía Urgente (CU). Se compararon en primer lugar los grupos entre ambos hospitales, obteniendo una muestra homogénea para su análisis.

Los resultados perioperatorios se muestran en la **Tabla 1**. Los datos oncológicos se muestran en la **Tabla 2**.

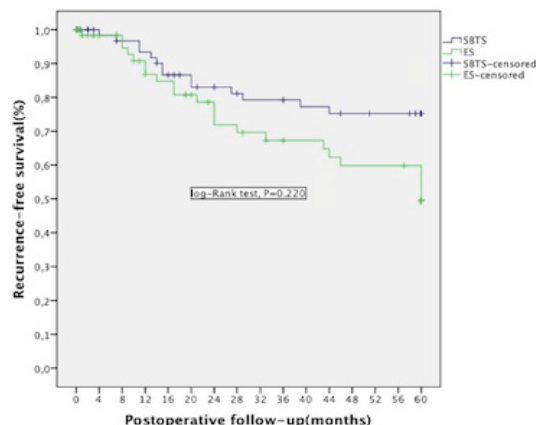
La tasa de supervivencia libre de recurrencia (SLR) a 5 años era comparable entre ambos grupos (75,3% vs. 59,8%,  $P=0,220$ ) (**Figura 2**). En el análisis por subgrupos ajustando por estadios de la AJCC observamos una mayor SLR a los 5 años en aquellos pacientes en estadio III a los que se le practicaba prótesis PPC (69,7% vs. 30%,  $p=0,004$ ) (**Figura 3**). El análisis multivariante se muestra en la **Tabla 3**.

	Prótesis Puente (n=71)	Cirugía Urgente(n=66)	p
Primary anastomosis	59(83.1)	30(45.5)	<0,005
Stoma at discharge	12(16.9)	36(54,5)	<0,005
Median time(d) from admission to emergency procedure(p25-p75)	1(0-4)	0(0-4)	0,310
Median time(d) hospitalization(p25-p75)	20(11-27)	15(10-24)	0,140
Postsurgical complications rate	11(15.5)	19(28.8)	0,060
Postoperative complications type			0,688
Postoperative sepsis	7(63.6)	10(52.6)	
Anastomosis leak	3(27.3)	5(26.3)	
Paralytic ileus	1(9.1)	4(21.1)	
Reintervention rate	2(2.8)	9(13.8%)	0,018
In-hospital 30-days mortality	5(7,0)	5(7.6)	0,905

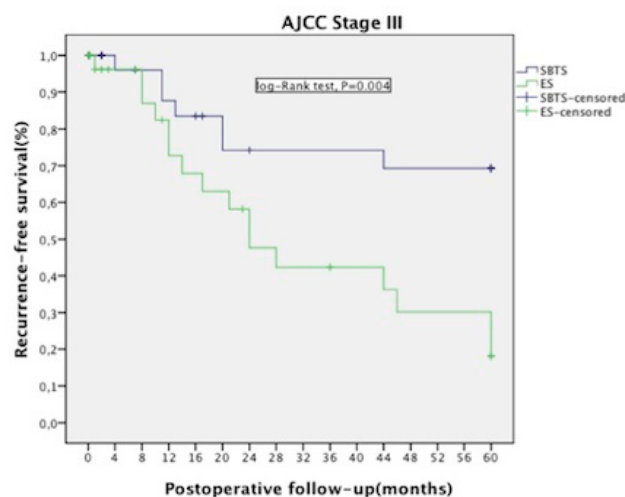
**Tabla 1**  
Resultados perioperatorios.

	Prótesis Puente(n=71) n(%)	Cirugía Urgente(n=66) n(%)	P
Sex			0.110
Female	28(39.4)	36(54.5)	
Male	43(60.6)	30(45.5)	
Median age	69(61-77)	73.5(62.5-81)	0.077
ASA Score			0.630
I	14(19.7)	10(15.2)	
II	27(38.0)	22(33.3)	
III	28(39.4)	30(45.5)	
IV	2(2.8)	4(6.1)	
Median follow-up(months)	60(0.06-240)	34(0.03-123)	0.053
Tumour location			0.241
Left colon	23(32.4)	23(34.8)	
Sigmoid colon	32(45.1)	36(54.5)	
Rectosigmoid union	4(5.6)	3(4.5)	
Upper rectum	12(16.9)	4(6.1)	
Tumour median lenght(min;max)	5(2-10)	4(2-10)	0.005
pT-Stage			0.276
T1-2	8(11.3)	14(21.2)	
T3p	43(63.4)	36(54.5)	
T4p	18(25.4)	16(24.2)	
pN-Stage			0.660
N0	40(56.3)	36(54.5)	
N1	19(26.8)	15(22.7)	
N2	12(16.9)	15(22.7)	
Pathologic AJCC Stage			0.430
I	6(8.5)	10(15.2)	
II	34(47.9)	27(40.9)	
III	31(43.7)	29(43.9)	
QT rate	37(52,1)	32(48,5)	0.800
RT rate	11(15,5)	4(6,1)	0.135
Pathologic Diferenciation			0.011
Well	38(53,5)	32(48,5)	
Moderately	31(43,7)	22(33,3)	
Poorly	2(2,8)	12(18,2)	
Median CEA	3,2(2.12-6.16)	2,6(1.2-6.75)	0.293
Resected nodes	14(8-18)	10.5(7-17)	0.157
Methastasic nodes	0(0-2)	0(0-3)	0.486

**Tabla 2**  
Resultados perioperatorios.



**Figura 1**  
Curva Kaplan Meyer de la supervivencia libre de recurrencia en ambos grupos.



**Figura 2**  
Curva Kaplan Meyer de supervivencia libre de recurrencia para el estadio III dela AJCC.

	HR	IC 95%	p
Prótesis Puente	1		
Cirugía Urgente	2,26	1,16-4,40	0,017
AJCC estadio I o II	1		
AJCC estadio III	2,18	1,07-4,44	0,032
Quimioterapia no	1		
Quimioterapia si	2,79	1,16-6,71	0,022

**Tabla 3**  
Análisis multivariante según factores de riesgo para recurrencia.

## Conclusiones

Nuestro estudio muestra mejores resultados quirúrgicos en grupo de PPC sin repercutir en la supervivencia a largo plazo. De hecho, los pacientes del grupo PPC con estadio patológico III AJCC mostraron mejores tasas de supervivencia libre de recurrencia que los del grupo de CU.

## CP-032. REVISIÓN DEL MANEJO ENDOSCÓPICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS GÁSTRICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

ROA COLOMO, A; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; MARTÍN RUIZ, JL; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

### Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias epiteliales con diferenciación neuroendocrina (producción de neuropéptidos, neuromoduladores o neurotransmisores). Es un grupo heterogéneo, ya que pueden surgir en diferentes localizaciones debido a que estas células se distribuyen en la etapa embrionaria por todo el organismo.

En este trabajo, se ha revisado el manejo de los TNE gástricos a partir de dos casos clínicos.

### Caso clínico

Caso 1: mujer de 75 años remitida desde Hematología por anemia megaloblástica con anticuerpos anti células parietales y anti factor intrínseco positivos. En gastroscopia se observa en estómago antro y cuerpo eritematosos con punteado petequeal y pólipo sésil de 2 mm en cuerpo que se extirpa con pinza de biopsia. La anatomía patológica describe gastritis crónica con metaplasia intestinal y neoplasia neuroendocrina bien diferenciada: cromogranina A(+) y Ki-67 <1%. *Helicobacter pylori* negativo.

Caso 2: varón de 73 años con anemia megaloblástica con anticuerpos anti células parietales y anti factor intrínseco positivos. En la gastroscopia presenta la mucosa del fundus edematosa, con patrón reticular y friable a la toma de biopsias. Cuerpo y antro con mucosa eritematosa y punteado petequeal. En la anatomía patológica describen gastritis crónica con metaplasia intestinal. *Helicobacter pylori* negativo. Microcarcinoide (0,54 mm): cromogranina A(+), sinaptofisina (+), Ki-67 <1%.

Ambos pacientes se encuentran en seguimiento mediante controles endoscópicos periódicos.

### Discusión

Los TNE tienen una incidencia de 5,25 casos por 100.000 habitantes. La prevalencia está aumentando, dado su lento crecimiento y elevada tasa de supervivencia. La mayoría son

tumores esporádicos, aunque también existen síndromes hereditarios como las neoplasias endocrinas múltiples (MEN). Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNEG), anteriormente llamados carcinoides, se originan en las células enterocromafin-like (ECL) del cuerpo gástrico que producen la histamina que regula la secreción gástrica del ácido. Representan el 8,7% de todos los TNE del tracto gastrointestinal. Se asocian a enfermedades asociadas a hipergastrinemia e hiperplasia de células G como la gastritis crónica atrófica y la anemia perniciosa, por lo que en la mayoría de los casos, se diagnostican de forma incidental en una gastroscopia rutinaria, estando situados el 75,8% en el cuerpo y el 20,6% en el fundus gástrico. El análisis anatomopatológico resulta fundamental, siendo necesario realizar inmunohistoquímica con cromogranina A, sinaptofisina y determinación del índice de proliferación Ki-67 ya que si este último es inferior al 2% el pronóstico es excelente.

En las Figuras 1 y 2 se resume la actitud diagnóstico-terapéutica y el seguimiento que se debe realizar a los pacientes.

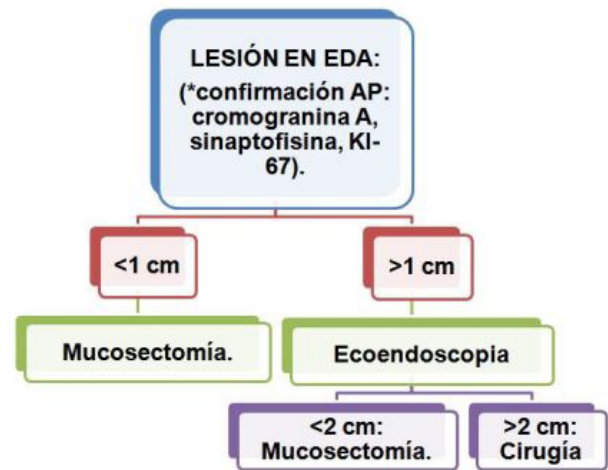


Figura 1

Actitud diagnóstico-terapéutica en el manejo de los TNEG.



Figura 2

Seguimiento de pacientes con TNEG.

### CP-033. SARCOMA DE KAPOSI GASTRODUODENAL EN PACIENTE RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADO DE INFECCIÓN VIH

SAN JUAN LÓPEZ, C; ANGUITA MONTES, F; GÁLVEZ MIRAS, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; LAZARO SÁEZ, M; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

#### Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor de origen vascular asociado a pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por su estado de inmunosupresión. Suele manifestarse en forma de pequeñas lesiones cutáneas violáceas, aunque puede afectar a mucosas, vísceras y al sistema linfático.

El SK gastrointestinal con frecuencia tiene un curso clínico silente, aunque puede ser causa de dolor abdominal, sangrado digestivo u obstrucción intestinal. De forma endoscópica puede presentarse como nódulos purpúricos, masas polipoides o máculas hemorrágicas.

#### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 31 años, extranjero residiendo en España desde hace 20 años y diagnosticado recientemente de infección por VIH. Homosexual con múltiples parejas y consumidor de tóxicos por vía parenteral.

Ingresa para estudio de múltiples lesiones rojo violáceas papulosas e induradas en paladar duro, tronco y miembros inferiores, además de síndrome constitucional, llegando finalmente al diagnóstico de SK con afectación cutáneo-mucosa y ósea. Somos consultados para descartar afectación digestiva dado que el paciente presentaba anemia aguda, identificándose en la endoscopia lesiones eritematosas violáceas submucosas lineales localizadas tanto en esófago como a nivel gastroduodenal (Figuras 1 y 2). Se toman biopsias que confirman el diagnóstico de sospecha de SK con afectación cutáneo-mucosa, digestiva, ósea y ganglionar.

Se inició tratamiento quimioterápico sin presentar complicaciones hasta el momento actual.



Figura 1  
Kaposi duodenal.



Figura 2  
Kaposi gástrico

#### Discusión

El SK representa el 60% de los tumores que aparecen en pacientes VIH/SIDA. Habitualmente se manifiesta por lesiones mucocutáneas y por la afectación de los ganglios linfáticos, estando el aparato digestivo implicado en el 40% de los casos. Los hallazgos endoscópicos gastrointestinales son variados, desde lesiones ulceradas que simulan a úlceras pépticas hasta lesiones submucosas nodulares, vasculares de color púrpura. La afectación gastrointestinal supone un peor pronóstico. El tratamiento se basa fundamentalmente en combinar la terapia antirretroviral y la quimioterapia sistémica.

### CP-034. SOBRECIP OTSC: A TENER EN CUENTA COMO PRIMERA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA

SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ YAGÜE, A; PUYA GAMARRO, M; RIVERA IRIGOIN, R; GÓMEZ ESPEJO, SM; SÁNCHEZ CANTOS, AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

#### Introducción

El sobreclip OTSC (Over the scope clip-OVESCO, Germany) es un dispositivo de nitinol capaz de atrapar más tejido y con mayor estabilidad que los clips convencionales. Pese a que inicialmente se utilizó como rescate, poco a poco su uso está siendo creciente como tratamiento primario. El objetivo del estudio fue comparar las características de las lesiones y resultados de OTSC como tratamiento de rescate o primario en hemorragia digestiva alta (HDA).

## Material y métodos

Estudio comparativo retrospectivo de pacientes con colocación de OTSC por HDA en nuestro hospital, considerando variables demográficas, indicación y hallazgos de endoscopia digestiva alta (EDA) y resultados.

## Resultados

Hasta septiembre de 2018 hemos empleado 24 OTSC durante EDA urgente por HDA (Tabla1).

No hubo diferencias en cuanto a la localización de las úlceras. Solo se realizó tratamiento en casos de úlceras IIB o superiores, y las úlceras fueron descritas como extensas, profundas, fibróticas o con vaso de grueso calibre, lesiones en las que el tratamiento convencional tiene mayor riesgo de fallo.

Se trataron un número similar de lesiones con sangrado activo en cada grupo, consiguiéndose un control efectivo con el uso de sobreclip en 80% (4/5) como rescate y en 100% (7/7) como primario. El único fallo pudo deberse a un mal posicionamiento del sobreclip o interferencia de la terapéutica previa.

Se realizó EDA posterior en 7 pacientes, sin evidenciar signos de resangrado.

	OVESCO RESCATE (n=8)	OVESCO PRIMERA OPCION (n=16)
Edad	51.5 años	69.3 años
Sexo (H/M)	7/1	11/5
Antiagregados	12.5%	25%
Anticoagulados	0%	6.3%
Transfusión previa EDA	87.5%	87.5%
Localización úlcera	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 4 bulbo duodenal</li> <li>· 1 segunda porción duodenal</li> <li>· 2 gástrica</li> <li>· 1 boca anastomótica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 10 bulbo duodenal</li> <li>· 4 gástrica</li> <li>· 2 boca anastomótica</li> </ul>
Forrest	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 IA</li> <li>2 IB</li> <li>2 IIA</li> <li>1 IIB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4 IA</li> <li>3 IB</li> <li>8 IIA</li> <li>1 IIB</li> </ul>
Éxito técnico	75% (6/8) <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 precisó cirugía para control</li> <li>&gt; 1 precisó añadir otro tipo de clip</li> </ul>	100% (16/16)

Tabla 1

## Conclusiones

La utilización de sobreclip es muy efectiva en el tratamiento primario del sangrado digestivo no varicoso. Debería plantearse el uso primario de sobreclips en lesiones con sangrado activo o vaso visible dado el riesgo de recidiva hemorrágica tras tratamiento convencional en este tipo de lesiones.

## CP-035. TERAPIA INCISIONAL ENDOSCÓPICA EN ESTENOSIS BENIGNA: EFICACIA, SEGURIDAD Y RECURRENCIA

MARQUÉS RUIZ, A; ROMERO GARCÍA, T; CÁMARA BAENA, S; LARRAONA MORENO, JL; RODRÍGUEZ ALONSO, C; ORTIZ MOYANO, C; GUERRERO JIMÉNEZ, P; GRANDE SANTAMARÍA, L; MARTÍN GUERRERO, J

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA

## Introducción

La estenosis de la anastomosis colónica es la complicación más frecuente en las intervenciones de cáncer colorrectal (CCR). Por otra parte se estima que gran porcentaje de pacientes con enfermedad por reflujo presentarán estenosis esofágica péptica. Tradicionalmente en estenosis benignas se ha establecido de elección la dilatación endoscópica, si bien esta técnica tiene sus limitaciones en muchas ocasiones porque la estenosis no es accesible, se requiere de múltiples sesiones y la recurrencia es elevada. La incisión endoscópica con electrocoagulación, conocida como terapia incisional, parece ser una alternativa segura y eficaz, que se basa en la realización de pequeñas incisiones radiales controladas sobre la mucosa rígida. El objetivo es evaluar la eficacia, seguridad y recurrencia a medio-largo plazo de la terapia incisional en la estenosis benigna de colon y esófago.

## Material y métodos

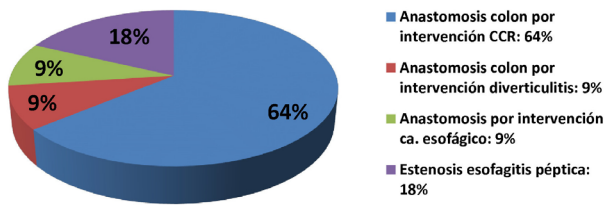
Se incluye de manera retrospectiva todas las exploraciones endoscópicas con estenosis benigna que realizan terapia incisional desde diciembre 2017 hasta septiembre 2018. La incisión se llevará a cabo con bisturí IT-knife, completándose la técnica con posterior dilatación con balón de CRE. Se evaluará la eficacia del procedimiento, considerándose este el paso del endoscopio a través de la estenosis, así como complicaciones posibles (perforación, hemorragia o infección) y recurrencia posterior.

## Resultados

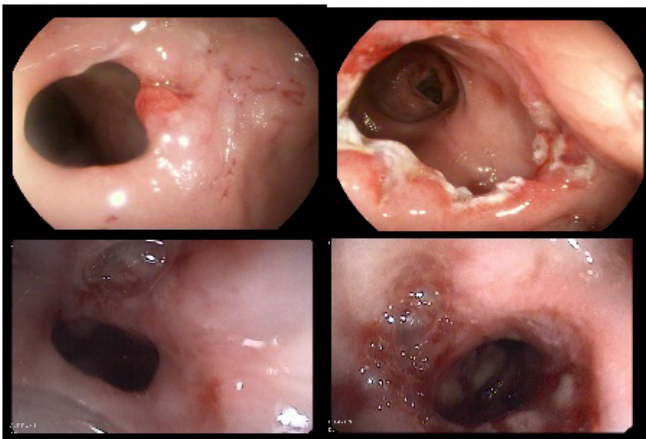
Se recogen 15 exploraciones (12 colonoscopias, 3 gastroscopias) de un total de 11 pacientes. La edad media es de 66.6 años (62-79 años) y el 54% son hombres. La causa de la estenosis fueron: 7/11 estenosis de la anastomosis de intervención de CCR, 1/11 estenosis de la anastomosis de intervención de diverticulitis, 1/11 estenosis de la anastomosis de cáncer esofágico y 2/11 estenosis por esofagitis péptica. De los 7 pacientes intervenidos de CCR, 4 presentaron en el postoperatorio dehiscencia de la anastomosis. 4/11 pacientes habían presentado sesiones previas de dilatación endoscópica y en 7/11 esto no fue técnicamente posible por estenosis puntiforme inabarcable.

En cuanto al análisis de los procedimientos, hubo un 100% de efectividad, realizándose en todos los casos posterior dilatación con balón de CRE con diámetro promedio de 15,6 mm (12-18 mm). No se recogen complicaciones. El seguimiento fue de 146,6 días (269-23 días), objetivándose recurrencia en el 33% de los casos (5/15).

## CAUSAS DE ESTENOSIS BENIGNA DEL TRACTO DIGESTIVO



**Figura 1**  
Causas de estenosis benigna del tracto digestivo



**Figura 2**  
Imagen de endoscopia de terapia incisional. Arriba estenosis de anastomosis colónica antes y después de la terapia. Abajo estenosis de anastomosis de esófago antes y después.

### Conclusiones

La terapia incisional parece ser una técnica segura y eficaz en estenosis benigna del tracto gastrointestinal. Se deberá realizar estudios comparativos para evaluar mejor su recurrencia.

### CP-036. TRATAMIENTO DE VARICES ECTÓPICAS, UN DESAFÍO EN GASTROENTEROLOGÍA

FERNÁNDEZ-CANO, MC; ABELLÁN-ALFOCEA, P; HEREDIA-CARRASCO, C; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; HERRADOR-PAREDES, M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

### Introducción

Comúnmente suelen presentarse casos de hemorragia digestiva en pacientes hepatópatas con hipertensión portal, cuyo origen son principalmente varices en territorio esofagogástrico. Sin embargo, existen otras localizaciones no habituales que conviene tener

presentes. En la mayoría de casos se diagnostican a raíz de un episodio de sangrado. Son las llamadas varices ectópicas, entre las que se encuentran las rectales, periestomales y duodenales.

### Caso clínico

Varón de 65 años con hepatopatía crónica por VHB no tratado y tumor neuroendocrino en intestino delgado intervenido en 2010, con metástasis hepáticas. Recibió tratamiento con quimioterapia y quimioembolización de ambos lóbulos hepáticos. Actualmente en ausencia de progresión, en tratamiento con octeótride. Acude a Urgencias por deposiciones melénicas y epigastralgia con presíncope. Refiere episodios similares autolimitados en los últimos dos meses. Analíticamente destaca anemia, uremia elevada y coagulopatía (INR 1,58). La endoscopia urgente describe áreas con patrón en empedrado sugestivo de gastropatía hipertensiva y dos cordones varicosos en duodeno, sin sangrado activo, con mínimos restos hemáticos (Figuras 1 y 2). El paciente es hospitalizado con empeoramiento de coagulopatía en los días sucesivos, sin exteriorización de sangrado. A los cuatro días se realiza gastroscopia de control sin apreciar sangrado activo y se procede a ligadura profiláctica con bandas. Al tercer día el paciente presenta rectorragia con repercusión hematimétrica y hemodinámica que finalmente conduce a su fallecimiento.



**Figura 1**  
Varices duodenales.



**Figura 2**  
Puntos rojos en superficie.

## Discusión

Las varices duodenales son inusuales y suelen coexistir con varices esofagogástricas o aparecer en pacientes ya tratados. De hecho, el tratamiento de varices esofágicas puede predisponer a su presencia en duodeno, por reorganización en el drenaje del flujo portal. El caso presente es doblemente excepcional dada la infrecuencia de varices en duodeno y más aún en tal localización en solitario.

Suponen un reto, dada la ausencia de tratamiento estandarizado. En nuestro caso, realizamos abordaje endoscópico mediante ligadura con bandas. Sin embargo algunos autores han cuestionado su uso, por asociarlo a resangrado. Otra alternativa es la hemostasia endoscópica mediante inyección de cianoacrilato, que ha demostrado eficacia, aunque se han descrito casos de recidiva o fenómenos tromboembólicos. La USE sería útil para inyección dirigida y confirmación de la obliteración varicosa.

En casos recurrentes, se recomienda TIPS. Por otro lado, la obliteración transvenosa retrógrada ocluida por globo (BRTO) es una técnica de radiología intervencionista con buenos efectos. Los pacientes tratados con BRTO tienen control del sangrado a largo plazo, pese a que puede empeorar la HTP. La combinación de BRTO y TIPS podría mejorar los resultados.

## CP-037. TRICOBEOZAR GÁSTRICO

DE VICENTE ORTEGA, A<sup>1</sup>; ROMERO MORENO, S<sup>1</sup>; AYUSO CARRASCO, CAB<sup>1</sup>; TERCERO LOZANO, M<sup>1</sup>; MARTÍNEZ GARCÍA, R<sup>1</sup>; DEL CASTILLO CODES, MI<sup>1</sup>; CASTILLO MOLINA, L<sup>1</sup>; JIMÉNEZ ROSALES, R<sup>2</sup>; OJEDA HINOJOSA, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

## Introducción

El bezoar consiste en la acumulación de contenido ingerido, normalmente inorgánico y que, por lo tanto, no se digiere. Los bezoares gástricos son raros. Suelen ser causa de síntomas inespecíficos con exploración anodina, pudiendo detectarse masa o halitosis. La mayoría de ellos se diagnostican como incidentalomas. Hay muchos tipos de bezoares, según el contenido.

## Caso clínico

Mujer de 18 años con antecedentes personales de alopecia areata. Acude a su centro de salud por epigastria y náuseas sin vómitos de dos semanas de evolución. Presenta buen estado general con buena tolerancia oral y apetito conservado. A la exploración, presenta abdomen blando, depresible con masa epigástrica no dolorosa a la palpación.

Tras realizar ecografía abdominal, que catalogan de masa heterogénea (de aspecto quístico, avascular de aproximadamente 10x10 cm), se le deriva a Urgencias Hospitalarias. En Urgencias se repite la ecografía observando a nivel de epigastrio una imagen arciforme hiperecogénica. A continuación, se le realiza TC abdominal

sin contraste donde observan estómago distendido y a nivel de luz gástrica una imagen de masa de unos 12x5 cm de ecoestructura no homogénea con burbujas aéreas que podría corresponder a bezoar (Figura 1).

Tras interrogar en repetidas ocasiones a la paciente se consigue obtener la información de que en situaciones de estrés se arranca el pelo y lo ingiere. Se realiza gastroscopia donde se observa en cavidad gástrica gran tricobezoar que se extiende desde fundus hasta antro. También se evidencian úlceras fibrinadas, una sobre la curvatura mayor de aproximadamente 0,5 cm y, otra, en incisura de aproximadamente 0,7 cm debido al decúbito del contenido (Figura 2 y 3).

Tras repetidos intentos de fragmentación y extracción del contenido no se consigue más que la extracción de pequeños fragmentos, por lo que se comenta con Cirugía General que procede a valorar intervención. También se consulta con psiquiatría que indica acudir a consultas.

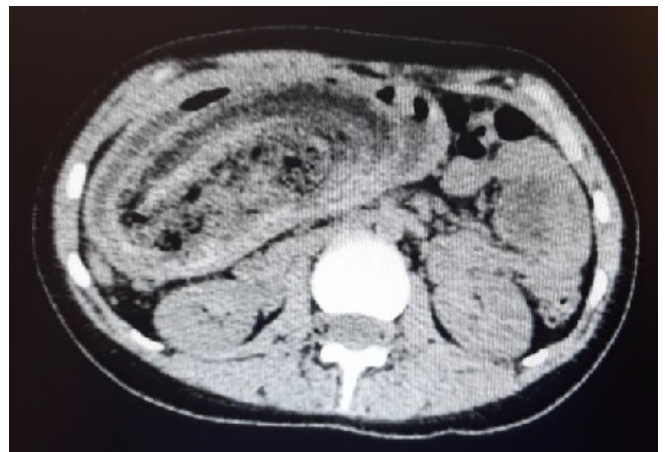


Figura 1

Imagen de Tricobezoar en cámara gástrica por estudio de TC.



Figura 2

Tricobezoar y úlceras gástricas en visión de endoscopia.



**Figura 3**  
Tricobezoar en visión endoscópica.

### Discusión

Los tricobezoares son típicos de mujeres de aproximadamente 20 años, asociados a enfermedades psiquiátricas; siendo típicos en personas con tricotilomanía y tricofagia. En este caso, la tricotilomanía puede ser la explicación a la alopecia que presenta la paciente.

Actualmente, el tratamiento óptimo es controvertido por la falta de estudios. Al inicio, se intenta la disolución química pudiendo usar metoclopramida como adyuvante. Cuando esto no es suficiente, o en el caso de tricobezoares que son resistentes a la disolución química, se intenta la extracción por endoscopia. La cirugía se reserva como última opción.

### CP-038. TUBERCULOSIS ABDOMINAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

MORENO MORALED A, I; LÁZARO SÁEZ, M; HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; JORDAN MADRID, T; DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

### Introducción

La tuberculosis es una enfermedad multisistémica incluida dentro de las afecciones granulomatosas. La forma gastrointestinal es muy poco frecuente en nuestro medio, aunque se ha observado un incremento de su incidencia en los países occidentales debido al VIH, la inmigración y el uso de inmunosupresores.

### Caso clínico

Varón de 24 años, natural de Almería, que ingresa para completar estudio de cuadro constitucional consistente en pérdida de 12 Kg

de peso en los últimos tres meses, en contexto de odinofagia y disfagia progresiva. En las pruebas endoscópicas se objetiva una granulomatosis de epiglotis y una ileítis terminal con mucosa de aspecto nodular en íleon y colon derecho.

Los resultados anatomopatológicos muestran una inflamación crónica linfoplasmocitaria con cambios granulomatosos. En un primer momento, el estudio microbiológico mediante Mantoux y baciloscopia resulta negativo, por lo que se plantea como primera posibilidad una enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, en la exploración se objetivan múltiples adenopatías laterocervicales, solicitándose un TC toracoabdominal en el que se evidencia una extensa afectación adenopática, un infiltrado micronodular en árbol en brote en ambos pulmones y un extenso engrosamiento de la pared de colon derecho, obligando a realizar un diagnóstico diferencial entre un proceso oncohematológico y una infección tuberculosa. Finalmente, la amplificación de las secuencias de ADN de micobacterianas por PCR resulta positiva para BAAR.

Se solicita serología completa y un estudio de subpoblaciones linfocitarias, constatándose una linfopenia selectiva de linfocitos CD4, con resultado negativo en serologías seriadas para VIH, diagnosticándose finalmente una linfopenia idiopática.

Tras el proceso diagnóstico, se inicia tratamiento antituberculoso, ingresando el paciente dos meses después por perforación ileal, a pesar de detectarse en las macrobiopsias granulomas epitelioides en fase de involución o de respuesta parcial al tratamiento.



**Figura 1**  
TC de tórax: infiltrado micronodular en "árbol en brote".



**Figura 2**  
Engrosamiento pared de colon derecho, región apendicular e íleon distal y numerosas adenopatías mesentéricas



**Figura 3**  
Colonoscopia: úlceras mucosas circunferenciales en colon derecho.

### Discusión

Conocida como *"la gran simuladora"*, la tuberculosis gastrointestinal constituye un reto diagnóstico en nuestro medio, por su baja prevalencia y por su semejanza con otras enfermedades granulomatosas, entre las que destaca la enfermedad de Crohn.

La localización más frecuente es la región ileocecal, afectándose en el 75% de los casos. La sintomatología es inespecífica, por tanto, el diagnóstico en países donde la tuberculosis no es endémica implica un alto índice de sospecha (población inmigrante, individuos inmunodeprimidos).

La prueba con mayor precisión diagnóstica para detección de BAAR es la PCR. La mayoría de las lesiones del colon se resuelven tras iniciar el tratamiento antituberculoso, sin embargo, siempre hay que estar alerta ante cualquier tipo de complicación en pacientes con enfermedad tuberculosa.

## COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

### CP-039. ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LINFOMA INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; ROMERO CARA, P; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

#### Introducción

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) la inflamación crónica de la mucosa del colon se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar neoplasia, pero este riesgo también se debería a las manifestaciones extraintestinales y al uso de tratamiento inmunosupresor.

Entre los tumores malignos gastrointestinales implicados encontramos el cáncer colorrectal (adenocarcinoma) y el colangiocarcinoma, sobre todo si asocia colangitis esclerosante primaria que se relaciona en el 90% de los casos con la CU y rara vez con la enfermedad de Crohn. También se vincula a neoplasias extraintestinales como tumores hematológicos o cáncer de piel.

#### Caso clínico

Mujer de 48 años, trasplantada hepática en 2007 por colangitis esclerosante primaria en tratamiento con tacrolimus y diagnosticada en 2009 de enfermedad de Crohn ileocólica en remisión clínica con mesalazina.

En 2017 comienza con dolor abdominal asociado a diarrea y pérdida ponderal de 3 Kg, sin fiebre y con reactantes de fase aguda normales en las analíticas. Inicialmente se planteó que pudiese estar en relación con su enfermedad de Crohn, no presentando respuesta al tratamiento médico.

Se solicitó enterorMN (**Figura 1**) y TC abdomen (**Figura 2**) observando inflamación de íleon terminal y ciego con líquido libre y zona hipodensa de 5x4 cm sin colección. Se realizó cribado de tuberculosis siendo negativo y colonoscopia con afectación inflamatoria desde ángulo hepático, y a nivel de ciego área deformada con presencia de nodulaciones y úlceras profundas. El estudio histopatológico fue compatible con infiltración por linfoma B, que se confirmó con biopsia guiada por TC.

Con todo esto, se derivó a Hematología y se inició tratamiento con rituximab.