

CP-001. ATRESIA ESOFÁGICA. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS Y OPCIONES TERAPÉUTICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO.

VALDÉS DELGADO T, ROMERO CASTRO R, JIMÉNEZ GARCIA A, FERNÁNDEZ ÁLVAREZ P, HERGUETA DELGADO P

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

La estenosis anastomótica (EA) esofágica tras reparación quirúrgica de la atresia esofágica (AE) es la complicación más común.

Caso clínico

Neonato de 40 semanas. A las 10 horas de vida presentó crisis de sofocación, diagnosticándose tras contraste baritado esofágico AE tipo III. A los dos días de vida se intervino realizándose anastomosis término-terminal esofágica y cierre de la fístula traqueoesofágica distal. Presentó una correcta evolución comprobándose el adecuado tránsito esofágico con nuevo contraste baritado previo al alta. A los tres años reingresó por múltiples episodios de impactaciones esofágicas comprobándose mediante contraste baritado y gastroscopia la presencia de una EA (Figuras 1 y 2).

Se sometió en total a tres dilataciones esofágicas sin éxito, apreciándose en gastroscopia de control persistencia de EA fibrótica (Figura 3). Por lo tanto, se decide colocación de una prótesis esofágica biodegradable (Figura 4), comprobándose tras ello la resolución de la EA (Figura 5).

Discusión

Existe evidencia limitada con respecto al tratamiento de la EA, y hay una falta de enfoque uniforme y sistemático para la atención de estos pacientes. El diagnóstico se puede realizar por estudio de contraste o endoscópicamente, y el pilar principal del tratamiento son las dilataciones esofágicas en serie. En un alto porcentaje las EA se hacen persistentes o recurrentes a pesar de varias sesiones de dilataciones. En estos casos, es preferible optar por un enfoque conservador antes que quirúrgico. Aunque los datos son escasos y heterogéneos en edad pediátrica, la colocación temporal de prótesis esofágicas sugiere una opción terapéutica complementaria de primera línea.

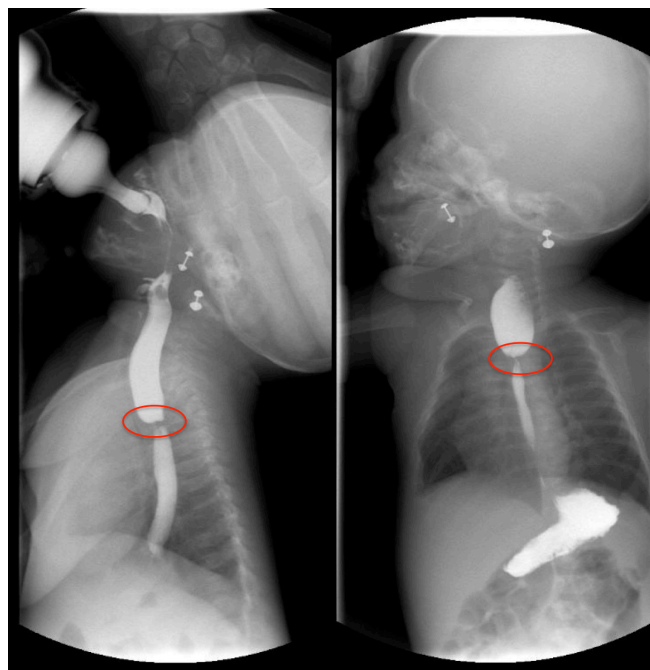


Figura 1  Contraste oral baritado. Estenosis de la anastomosis (Círculo rojo).

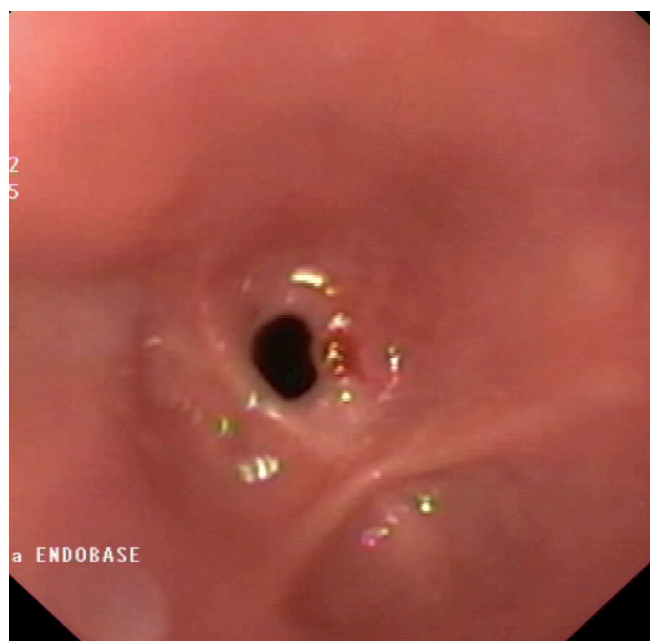


Figura 2  Gastroscopia: Estenosis esofágica de la anastomosis.

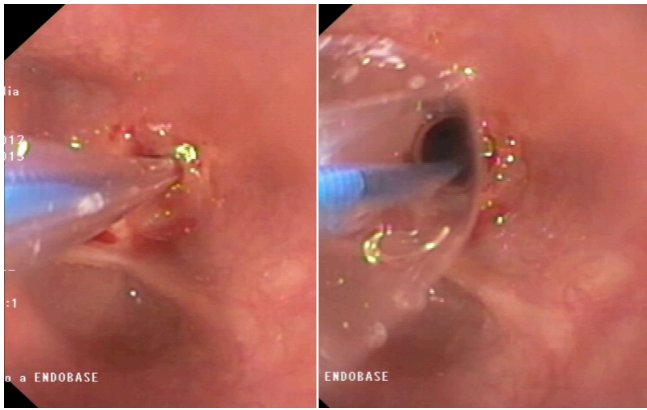


Figura 3

Gastroscopia: Dilatación con balón hidráulico de la estenosis anastomótica fibrótica.

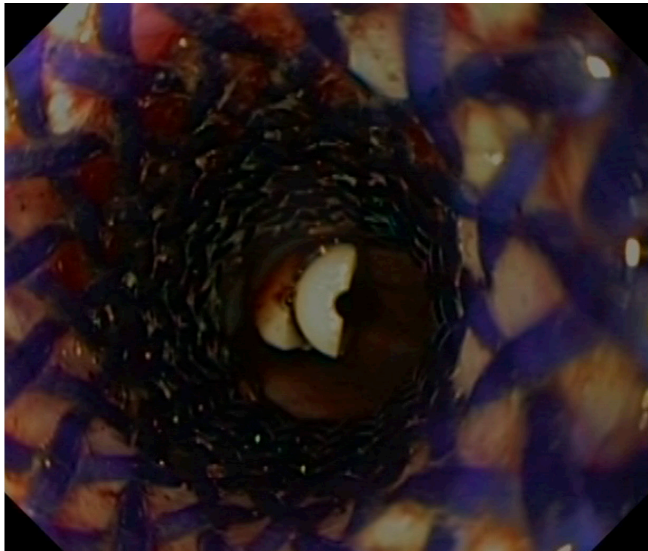


Figura 4

Gastroscopia: Colocación de prótesis esofágica biodegradable



Figura 5

Contraste oral baritado: Resolución de la estenosis, pase del contraste a cámara gástrica sin estenosis esofágica.

CP-002. CAP POLIPOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CÁMARA BAENA S¹, RUEDA SÁNCHEZ J¹, MARQUÉS RUIZ A¹, SOSA MORENO FM², ROMERO GARCÍA T³

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ³SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. BORMUJOS. SEVILLA

Introducción

La cap poliposis es una entidad poco frecuente descrita por primera vez por Williams en 1985. Puede aparecer a cualquier edad y es más frecuente en mujeres. La etiopatogenia es desconocida.

Se caracteriza por la aparición de pólipos sésiles tapizados por un exudado muco-purulento. Pueden localizarse en todo el colon, con predominio de recto y sigma. Histológicamente, son pólipos inflamatorios caracterizados por presentar una capa de material fibrinopurulento que los recubre, conocida como "capuchón". La mayoría son asintomáticos pero a veces cursan con diarrea, rectorragia o tenesmo.

El diagnóstico se establece por los hallazgos característicos en endoscopia e histología así como un contexto clínico compatible.

El tratamiento de esta patología es controvertido dado que no se conoce bien su etiología, habiéndose utilizado diferentes estrategias terapéuticas que van desde corticoides y antibióticos hasta la resección endoscópica o quirúrgica, sin que exista evidencia que demuestre la superioridad de una u otra medida.

Caso clínico

Mujer de 36 años con estreñimiento y proctalgia de años de evolución junto a rectorragia y anemia microcítica en rango transfusional. Resto de anamnesis por aparatos sin alteraciones.

A la exploración, se palpan varias masas de consistencia dura en recto.

Análiticamente: hemoglobina 7,8 g/dl con microcitosis y ferritina baja. Resto de hemograma y bioquímica básica normales.

La colonoscopia reveló varios pólipos inflamatorios de color blanquecino en recto inferior (**Figuras 1 y 2**), y la histología mostró distorsión arquitectural e infiltrado inflamatorio mixto de la lámina propia, todo ello recubierto por una capa de material fibrinoleucocitario (**Figuras 3 y 4**).

En base a la literatura publicada, se solicitó un test del aliento para detección de *Helicobacter pylori*, que resultó negativo y se inició tratamiento laxantes, procinéticos y enemas de corticoides, con mejoría parcial.

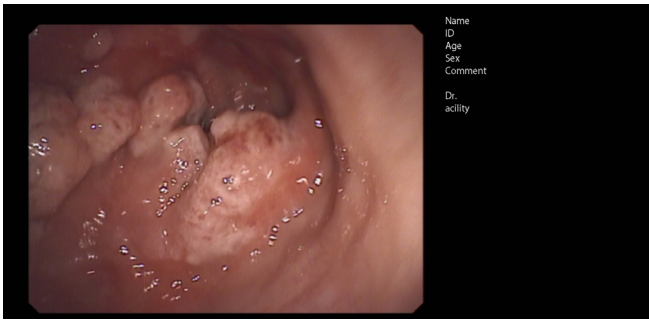


Figura 1

Se observan lesiones polipoideas de aspecto inflamatorio con mucosa circundante normal.

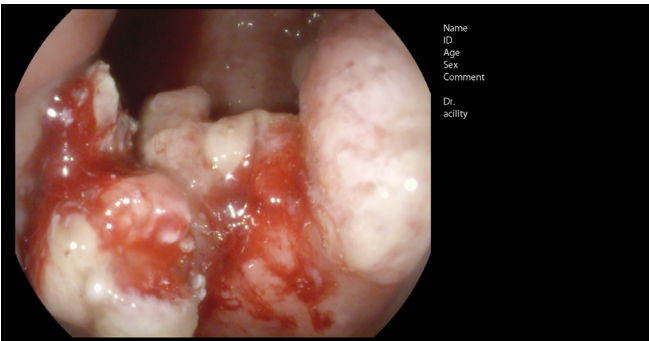


Figura 2

Lesiones mamelonadas recubiertas por exudado fibrinoide.

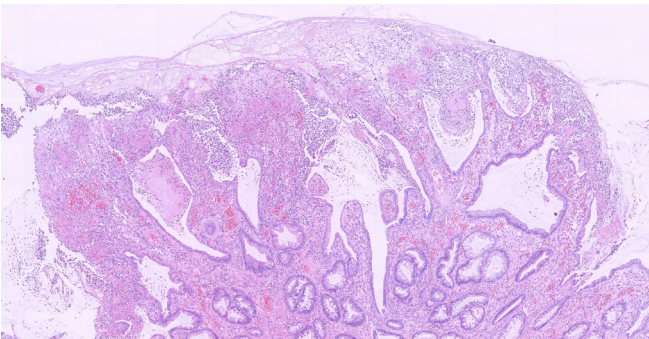


Figura 3

Corte histológico con distorsión arquitectural e infiltrado inflamatorio.

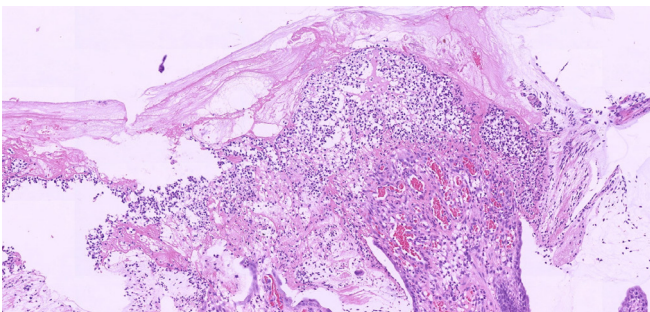


Figura 4

Corte histológico que muestra el "capuchón" fibrinoleucocitario.

Discusión

La patogénesis de la cap poliposis sigue siendo desconocida. Entre sus posibles etiologías se han propuesto la alteración de la motilidad colónica, la infección por *Helicobacter pylori* y la enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras.

El tratamiento se basa en la experiencia de publicaciones previas. Como medida inicial, se recomienda evitar el estreñimiento crónico y el esfuerzo defecatorio por la probable relación de la patología con el prolapso mucoso secundario a la alteración de la motilidad colónica

En cualquier caso, sigue siendo una entidad poco conocida y harían falta estudios bien realizados para poder establecer una estrategia terapéutica, aunque dada su bajísima prevalencia parece complicado que ésto sea factible a corto plazo.

CP-003. CAUSA INFRECUEnte DE OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA.

GONZÁLEZ AMORES Y¹, ROMERO E¹, MUÑOZ TEJADA B², CASADO BERNABEU A³, LARA C¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR. ALGECIRAS. CÁDIZ. ²UGC MEDICINA INTERNA. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR. ALGECIRAS. CÁDIZ. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA

Introducción

El síndrome del pólipo gástrico con efecto valvular consiste en el prolapso de un pólipo gástrico pediculado a través del píloro hacia el bulbo duodenal, provocando una obstrucción al vaciamiento gástrico. Es una entidad infrecuente.

Caso clínico

Paciente de 65 años sin antecedentes. Comenta saciedad precoz. En las últimas tres semanas epigastralgia fluctuante acompañada de vómitos postprandiales, tras los que mejoraba, junto con pérdida de 3 Kg. Se hace ecografía en centro privado, donde se describe una lesión en epigastrio, a nivel antral y bulbar, de aspecto hipocogénico con borde hiperecogénico, discretamente irregular, que durante la exploración presentaba signos de movimiento, de 64x42x35 mm. En analítica destacaba anemia ferropénica son SOH negativa. Repetimos ecografía que demuestra los mismos hallazgos, si bien parecía más pequeña. Tras ecografía, se completa estudio con gastroscopia.

-Gastroscopia: lesión pediculada en cuerpo medio gástrico. Dado el gran tamaño del pedículo y su elasticidad, permite que la cabeza se prolapse a través de píloro hacia duodeno. Conseguimos devolverlo a cavidad gástrica, siendo su cabeza de unos 4 cms. Se inyecta 3 cc de adrenalina diluida, se posiciona endoloop y se reseca con asa de diatermia. Se posicionan 4 clips metálicos en la escara del pedículo.

- AP: se aprecian áreas de metaplasia intestinal y adenoma tubular con displasia de alto grado con focos de adenocarcinoma intramucoso sin evidencia de infiltración del tallo.

- Analítica: marcadores normales. Ferropenia sin anemia. Deficit de B12 con acs anticelulas parietales positivos. CEA normal.

- TAC abdomen y tórax: normal.

Tras resección del pólipo desaparecen todos los síntomas. Se diagnostica de gastritis atrófica. En controles posteriores las gastroscopias no han presentado hallazgos.

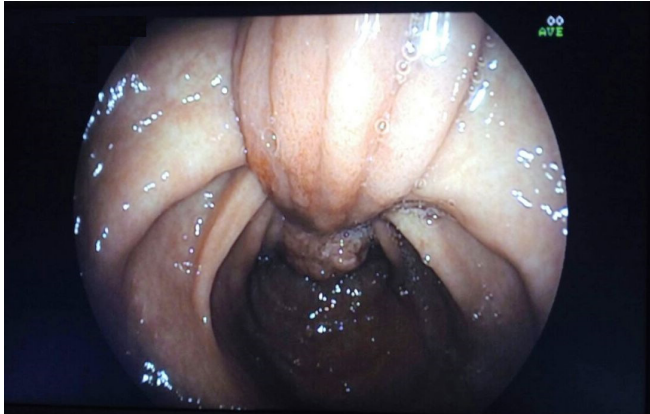


Figura 1

Pólipo gástrico pediculado de gran tamaño. Arriba está situada la incisura, el pólipo ha bajado gracias a su pedículo de cuerpo a antro.

Discusión

El síndrome del pólipo gástrico con efecto valvular (Ball-valve Polyp síndrome) es una entidad infrecuente. Suele ser pólipos localizados en antro gástrico, aunque hay casos descritos en los que el pólipo estaba en cuerpo pero gracias a que era pediculado era capaz de desplazar su cabeza a través del píloro provocando obstrucción, si bien estos casos son todavía más infrecuentes.

La gastritis crónica autoinmune tiene relación no sólo con el desarrollo de tumores neuroendocrinos gástricos sino también con algunos tipos de Adenoma tubular del estómago, como el caso que nos ocupa. Suelen desarrollarse en áreas de mucosa gástrica con metaplasia intestinal.

CP-004. CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN RECTO-SIGMA

MÁRQUEZ GALISTEO C, TORRES DOMÍNGUEZ Y, GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ I, CATALÁN RAMÍREZ JM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. BORMUJOS. SEVILLA

Introducción

La ingesta e impactación de cuerpos extraños a distintos niveles del tubo digestivo es una situación relativamente frecuente. Se presenta caso de una impactación de hueso de pollo a nivel de recto-sigma en paciente con diverticulosis colónica.

Caso clínico

Mujer de 75 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a nuestra Unidad de Endoscopias para realización de colonoscopia por estreñimiento. Se objetiva a nivel de recto-sigma un cuerpo extraño alargado de 20 mm sugestivo de hueso de pollo, que se encuentra enclavado a ambos lados de la luz, con componente inflamatorio. Se solicita TC abdominal c/c donde se objetiva cuerpo extraño enclavado a nivel superior del área rectal con signos inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente, sin apreciar gas extraluminal y diverticulosis no complicada. La paciente es valorada por el Servicio de Cirugía que desestima la intervención quirúrgica por encontrarse la paciente asintomática y descartarse signos de perforación en el TC abdominal, por lo que consultan con el Servicio de Aparato Digestivo para su extracción endoscópica. Se realiza nueva colonoscopia apreciando la persistencia del cuerpo extraño impactado de pared a pared en la unión de recto-sigma que se extrae con pinza de biopsia.

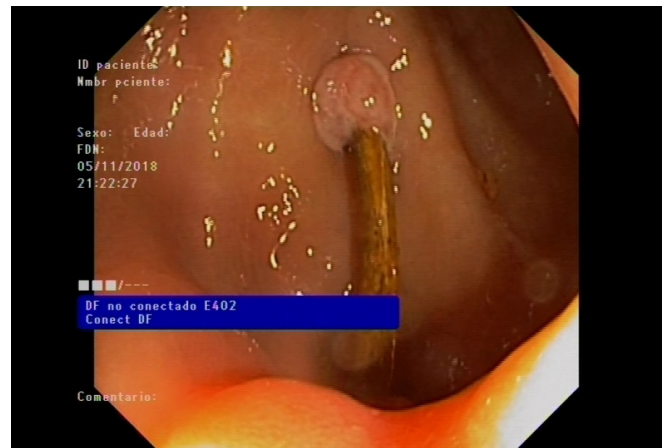


Figura 1

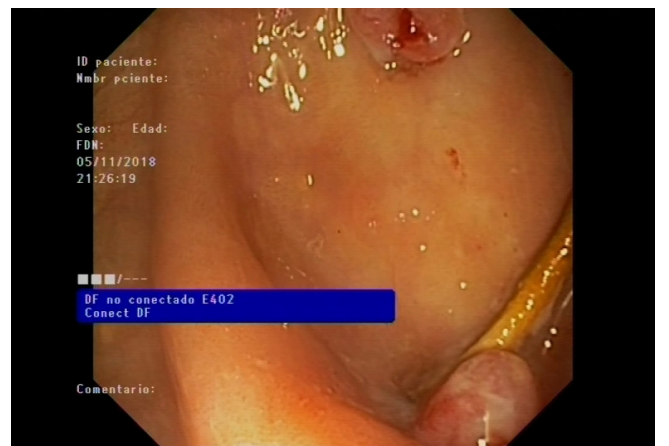


Figura 2

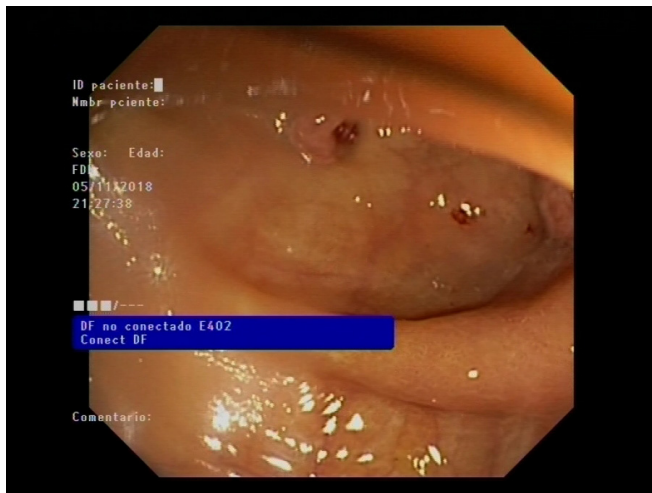


Figura 3

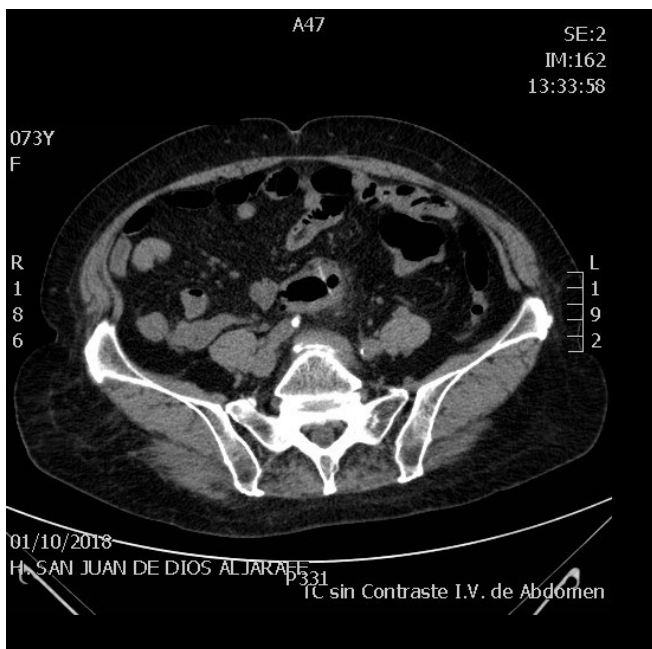


Figura 4

Discusión

La ingesta e impactación de cuerpos extraños a nivel del tracto gastrointestinal es una situación relativamente frecuente. La mayor parte de ellos pasan a través del tubo digestivo sin causar complicaciones. Sin embargo, el 10-20% requieren extracción endoscópica y el 1% intervención quirúrgica. Los cuerpos extraños en colon y recto pueden haber sido ingeridos o bien que hayan sido introducidos a través del canal anal. La localización de un hueso es extraña en colon ya que si es capaz de pasar por el íleon sin dificultad normalmente suelen salir por vía natural. En nuestro caso, la paciente presentaba divertículos en sigma lo que condicionó la impactación del cuerpo extraño a ese nivel. La colonoscopia es la técnica de elección para la extracción de los cuerpos extraños en colon y recto siempre que se descarte una complicación que

requiera intervención quirúrgica. En nuestro caso nos permitió una extracción sin complicaciones evitando una eventual cirugía.

CP-005. DAÑO ESPLÉNICO TRAS COLONOSCOPIA, ¿TAN RARO COMO PARECE?

DÍAZ ALCÁZAR MM, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A, GARCÍA MÁRQUEZ J, GARCÍA ROBLES A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Introducción

La colonoscopia es un procedimiento generalmente seguro, aunque implica riesgo de complicaciones al ser invasiva. Sin embargo, las complicaciones graves que amenazan la vida son infrecuentes.

Caso clínico

Paciente varón de 86 años con antecedentes de cardiopatía valvular que ingresa por rectorragia. Se solicita colonoscopia, con hallazgo de angioidisplasias mínimas de escasa relevancia clínica y mucosa muy friable al roce (Figura 1).

Horas después de la colonoscopia presenta dolor abdominal de predominio en epigastrio e hipotensión. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal, con hallazgo de pequeña laceración esplénica con signos sugerentes de sangrado activo y moderado hemoperitoneo de predominio periesplénico sin que se objetive neumoperitoneo (Figura 2). Analíticamente, descenso de la hemoglobina de 1 g/dl. Se decide actitud expectante, con buena evolución clínica del proceso. En TC abdominal de control, infarto esplénico con reducción de hemoperitoneo (Figura 3).

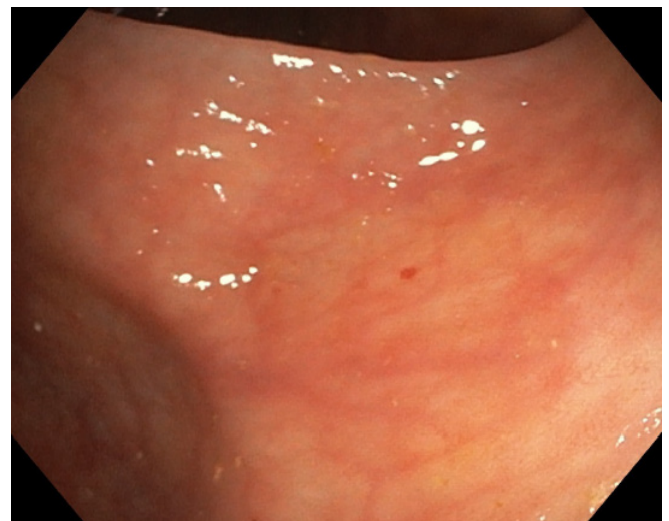


Figura 1

Imagen de colonoscopia en la que se objetiva angioidisplasia de pequeño tamaño.



Figura 2

Corte transversal de tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso en que se objetiva laceración esplénica con moderado hemoperitoneo.

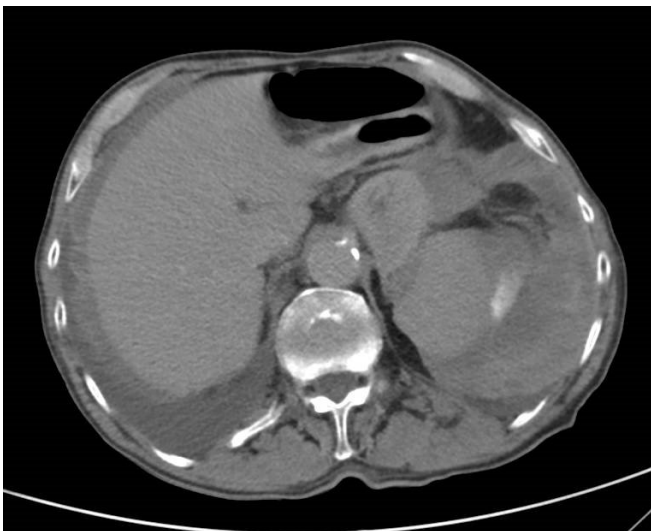


Figura 3

Corte transversal de tomografía computarizada abdominal en que se objetiva infarto esplénico y reducción de hemoperitoneo con respecto al previo.

Discusión

Las complicaciones más habituales tras una colonoscopia son hemorragia y perforación. La rotura esplénica es infrecuente, aunque en algunas series se ha descrito una prevalencia de hasta el 0,0045%, con una mortalidad de hasta el 5%.

El daño esplénico se atribuye a la tracción del ligamento esplenocólico o de adherencias durante la colonoscopia, daño directo por el paso del endoscopio a través del ángulo esplénico o presión externa en hipocondrio izquierdo. Son factores de riesgo el antecedente de cirugías abdominales, esplenomegalia, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis o la polipsectomía o toma de biopsias durante la colonoscopia.

Se debe sospechar una rotura esplénica tras colonoscopia en pacientes que presentan tras el procedimiento anemia, hipotensión y taquicardia. Debido a que es potencialmente mortal es importante el diagnóstico precoz.

Las posibilidades de tratamiento incluyen el manejo conservador, embolización arterial o la esplenectomía, según el grado de afectación. Actualmente el tratamiento lo más conservador posible es de elección.

CP-006. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ANEURISMA DE AORTA MEDIANTE ECOENDOSCOPIA

MORENO MÁRQUEZ C¹, ROSELL MARTÍ C², AYUSO CARRASCO CAB³, LARIÑO NOIA J⁴

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. BORMUJOS. SEVILLA. ³SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ⁴SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA

Introducción

La ecoendoscopia es una técnica endoscópica en pleno desarrollo, que ofrece un amplio abanico de posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas y un carácter invasivo bastante favorable en la relación riesgo-beneficio. Presentamos el caso de un paciente en el que se alcanzó un diagnóstico sumamente importante gracias a una exploración completa y exhaustiva mediante ultrasonografía endoscópica.

Caso clínico

Varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, tromboembolismo pulmonar y tabaquismo activo, que presentó hace tres años disección de aorta ascendente Tipo II intervenida mediante cirugía correctora de Bentall-Bono.

Desde hace 6 meses, el paciente refiere epigastralgia no irradiada, sin relación con la ingesta, por lo que es valorado en consulta de digestivo solicitándose una ecoendoscopia (EE).

En la USE se identifica en aorta torácica descendente, dilatación sacular de 39 mm con material hipoecoico en su interior ocupando más de la mitad de la luz (**Figura 1**). Mediante estudio doppler se comprueba disminución del flujo a dicho nivel, siendo compatible con aneurisma de aorta trombado (**Figura 2**).

Ante estos hallazgos, se realiza angioTC donde se confirma disección aórtica crónica con trombosis de la falsa luz en cayado pórico (**Figura 3**) y flap íntimal con permeabilidad conservada de ambas luces a lo largo de la aorta abdominal.

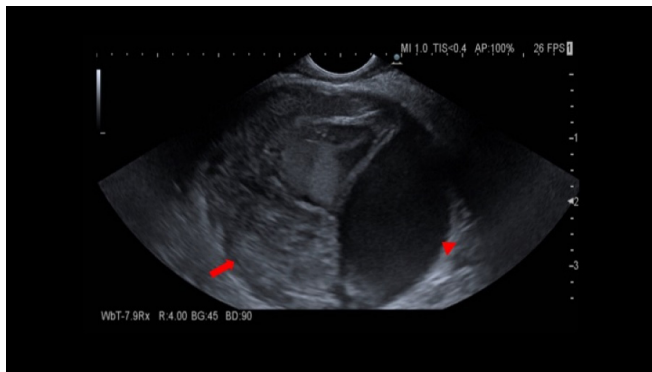


Figura 1
 Imagen ecoendoscópica de aneurisma aórtico con contenido hipocogénico en su interior (flecha) que ocupa al menos la mitad de su luz (cabeza de flecha).

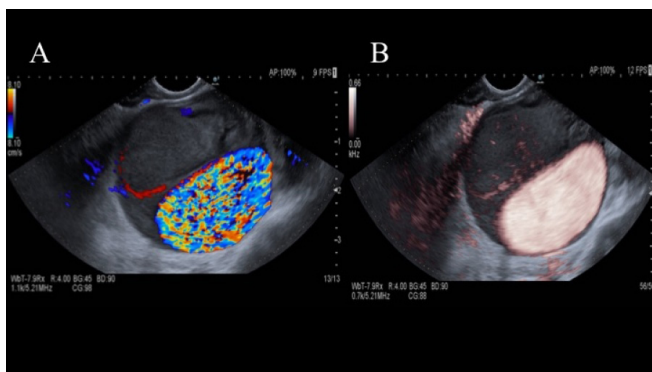


Figura 2
 Mediante eco Doppler se comprueba ausencia de flujo en el área ocupada por el material hipocogénico, siendo compatible con aneurisma aórtico trombosado.

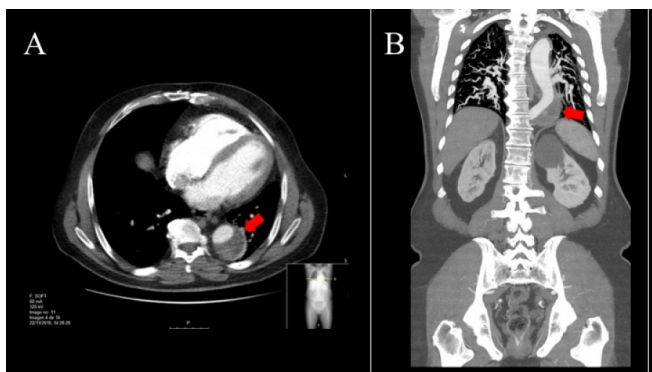


Figura 3
 Cortes axial (A) y coronal (B) de AngioTC mediante el cual se confirma disección aórtica crónica con trombosidad de la falsa luz en cayado aórtico (flechas).

Discusión

La disección es el evento grave más común que puede ocurrir en la aorta. Transcurridas dos semanas del inicio de los síntomas puede considerarse crónica. El manejo dependerá del tipo de disección, sintomatología y comorbilidad del paciente.

El hallazgo de enfermedades cardiovasculares es poco frecuente en la práctica clínica endoscópica. Dado el incremento del número de eco endoscopias realizadas en los últimos años, se ha producido un aumento en el diagnóstico de patologías extradigestivas.

Con este caso clínico, queremos resaltar la importancia de realizar un estudio ecoendoscópico pormenorizado y sistemático, incluyendo las estructuras mediastínicas.

CP-007. DISRUPCIÓN DEL WIRSONGEN RESOLUCIÓN TRAS COLOCACIÓN DE STENT PANCREÁTICO

COBOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GARCÍA AM, PINAZO BANDERA JM, ANDRADE BELLIDO RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Introducción

Las fístulas pancreáticas se deben a la secreción pancreática que drena anormalmente hacia una cavidad interna o al exterior como consecuencia de la rotura parcial o completa del conducto pancreático causada por un traumatismo, cirugía, iatrogenia o complicación de una pancreatitis aguda severa.

La colocación transpapilar de prótesis pancreáticas se ha convertido en el método de elección, con un éxito del 55-100% y mejorando el resultado final en estos pacientes. La ERCP es la prueba de elección no solo para la detección de extravasación de contraste o presencia de colecciones sino también para la colocación de una prótesis. Las prótesis se retiran después de cuatro a seis semanas.

Caso clínico

Varón de 61 años sin antecedentes de interés, acude por dolor abdominal y vómitos. En analítica de sangre destaca amilasa 3.254 y elevación de RFA. Se realiza TAC abdomen apreciando pancreatitis aguda necrotizante extensa con colecciones necróticas peripancreáticas (Figura 1). En un primer momento se realiza ERCP para esfinterotomía y colocación de prótesis pancreática de 5 cm y 5 F.

Se intentó drenaje transgástrico mediante prótesis AXIOs, que fue técnicamente imposible por lo que se realizó drenaje percutáneo por radiología vascular.

En TAC de abdomen de control (Figura 2) se aprecia el catéter de drenaje en el interior de la colección necrótica peripancreática, evidenciándose una moderada reducción de tamaño de la misma,

pero, persistiendo de similar volumen la localizada alrededor de la cabeza de páncreas (29 mm).

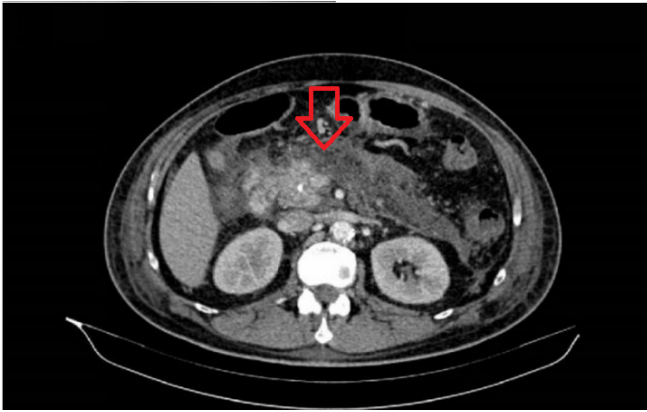


Figura 1 Compatible con pancreatitis necrotizante. Colecciones necróticas agudas peripancreáticas y en relación con curvatura mayor gástrica.



Figura 2 Catéter de drenaje con extremo distal en adecuada localización en el interior de la colección necrótica peripancreática evidenciándose una moderada reducción de tamaño.

Se revisa por ERCP (**Figura 3**) y se comprueba que existe drenaje a través de la prótesis pancreática a duodeno, lo que sugiere disrupción del Wirsung. Ante la sospecha de ésta, se retira stents biliar colocado inicialmente y posicionando nueva prótesis de 7 cm.

Tras ésta, la colecciones disminuyen bastante, incluso no drenando nada, evolucionando favorablemente el paciente.

Discusión

En los últimos años, se están desarrollando cada vez más terapias endoscópicas para una gran variedad de patologías de la vía biliar incluyendo pancreatitis crónica, fístulas, rotura del conducto pancreático, drenaje de pseudoquistes y en la prevención de la pancreatitis post-CPRE.



Figura 3 Comprobación del drenaje a través de la prótesis pancreática a duodeno, sugerente de disrupción del Wirsung.

El tratamiento mediante el establecimiento endoscópico de prótesis ha logrado disminuir las intervenciones quirúrgicas y sus complicaciones así como acortar el tiempo de estancia hospitalaria.

CP-008. DIVERTICULECTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER. RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

TORO ORTIZ JP, FERNÁNDEZ GARCÍA F, COBOS RODRÍGUEZ J, LAVÍN CASTEJÓN I, ALCAÍN MARTÍNEZ G, ANDRADE BELLIDO RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Introducción

El divertículo de Zenker es una protrusión de la mucosa hipofaríngea con una prevalencia de 2/100.000 habitantes, produciendo habitualmente disfagia. La clínica condiciona la necesidad de tratamiento; pudiendo ser quirúrgico o endoscópico. Este último, denominado septostomía o diverticulectomía endoscópica (DE), consiste en la disección del septo diverticular. Nuestro objetivo fue hacer una revisión de las DEs realizadas en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos por DE en nuestro centro entre junio de 2017 y octubre de 2019.

La técnica se llevó a cabo en quirófano con sedación profunda controlada por el anestesista. Se usó profilaxis antibiótica en todos los casos.

Se procedió a la introducción del endoscopio para la localización del divertículo y colocación de una guía hacia el estómago. Se introdujo el diverticuloscopio bivalvo de 30 cm de longitud y 22 cm de diámetro (ZDO-22-30, Cook Medical, Limeric) con la guía situada en un orificio realizado manualmente en la valva mayor; de manera que ésta quedase colocada en la luz esofágica y la menor en la luz diverticular; exponiendo así el septo diverticular entre ambas valvas (Figura 1). Después, se realizó la disección o septostomía mediante SB-Knife Jr (MD-47703W, Sumius) controlada con visión endoscópica, finalizando con la colocación de clips hemostáticos (Figuras 2, 3 y 4). Se consideró éxito endoscópico la resección del septo en casi su totalidad sin complicaciones inmediatas.



Figura 1 Septo diverticular expuesto tras colocación del diverticuloscopio.



Figura 2 Realización de septostomía mediante SB-Knife Jr.



Figura 3 Resultado endoscópico tras septostomía.



Figura 4 Colocación de clip hemostático.

Resultados

La mayoría de los intervenidos fueron hombres con una media edad de 68,7 años (44-83 años). El síntoma principal fue la disfagia y el tránsito esofagogastroduodenal fue el primer método diagnóstico.

El tamaño medio de los divertículos intervenidos fue de 3,2 cm (2-4,7 cm). Se recogió un fracaso endoscópico, realizándose septostomía incompleta al deber interrumpirse la técnica por la dificultad derivada de una inadecuada colocación del diverticuloscopio, produciéndose además un leve sangrado que precisó terapéutica con adrenalina inyectada. Este mismo caso permaneció a los dos meses con disfagia (éxito clínico parcial) debiendo reintervenirse a los seis meses, consiguiéndose esta vez éxito endoscópico. Un caso persistió con clínica pese al éxito endoscópico, quedando pendiente de reintervención.

La estancia media hospitalaria fue menor a dos días. Se necesitó una media de 1,9 clips hemostáticos (1- 3 clips) en cada intervención y la duración media de ésta fue de 32 minutos.

Conclusiones

La DE es una técnica con un buen perfil de seguridad y con una tasa de éxito elevada, siendo una alternativa considerable frente a la intervención quirúrgica.

CP-009. FÍSTULA AORTOENTÉRICA COMO CAUSA POCO FRECUENTE PERO DE EXTREMA GRAVEDAD, DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GRAVE.

MORENO MÁRQUEZ C, APARCERO LÓPEZ R, CORDERO RUIZ P, VALDÉS DELGADO T, BARRANCO CASTRO D, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

La hemorragia digestiva es el signo de presentación de numerosas patologías, entre ellas la fístula aortoentérica (FAE). Aunque no muy frecuente, la FAE es una emergencia vital con un alto índice de mortalidad ya que su diagnóstico no siempre es fácil y su rápida evolución puede ser fatal.

Caso clínico

Varón de 69 años, exfumador, diagnosticado de gastritis hemorrágica siete meses antes como único antecedente patológico y en tratamiento con omeprazol 20 mg, manteniéndose asintomático. Acude a urgencias tras presentar vómitos hemáticos en su domicilio. A su llegada presenta estabilidad hemodinámica (TA 113/78, FC 72 lpm), aunque con descenso de hemoglobina hasta 7,5 g/dL. Se realiza gastroscopia urgente hasta segunda porción duodenal, aspirando múltiples restos hemáticos frescos, sin objetivar sangrado activo ni lesiones que justifiquen el origen de la hemorragia. Se repite nueva gastroscopia a las 12 horas objetivando dudosa compresión extrínseca en tercera porción duodenal, sin restos hemáticos en los tramos explorados. Horas más tarde, el paciente comienza con inestabilidad hemodinámica y hematemesis, por lo que se realiza angio TC de abdomen urgente detectándose aneurisma infrarrenal de 7 cm de eje máximo, en íntimo contacto con tercera porción duodenal, sin existir plano graso de separación, pero tampoco neumoperitoneo. De igual modo, presenta afectación aterosclerótica y flap en relación con disección focal en ílaca común izquierda, lo que sugiere origen aterosclerótico del aneurisma.

El paciente fue intervenido de urgencia con implante de endoprótesis aórtica infrarrenal y bypass fémoro-femoral izquierdo con buena evolución hasta el alta.



Figura 1

Gastroscopia de control a las 12 horas del ingreso del paciente, explorando hasta segunda porción duodenal sin objetivarse lesiones ni restos hemáticos que justificaran el origen del sangrado.

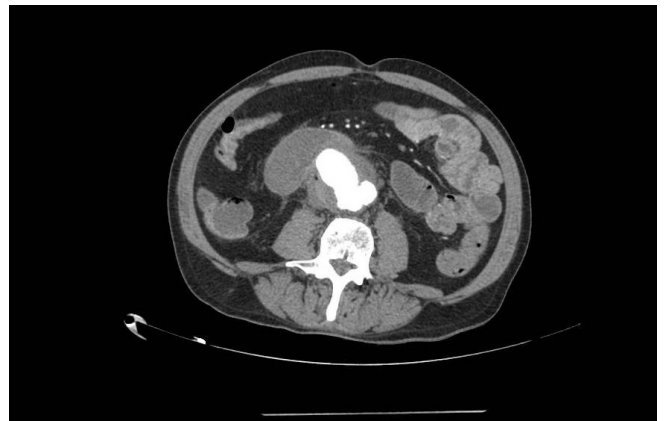


Figura 2

AngioTC urgente en el que se aprecia aneurisma infrarrenal en íntimo contacto con tercera porción duodenal, sin apreciarse plano graso de separación entre ambos, aunque tampoco neumoperitoneo.



Figura 3

Corte coronal de AngioTC donde se aprecia el aneurisma de Aorta infrarrenal en íntimo contacto con tercera porción duodenal (flecha).

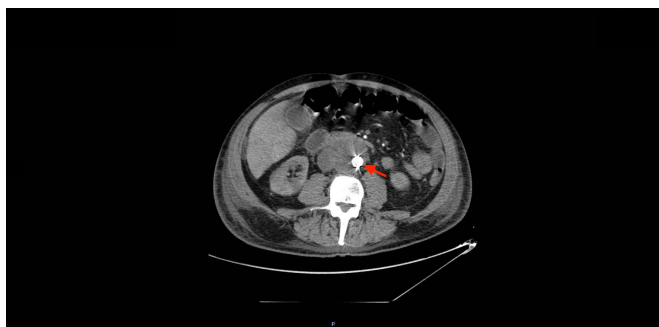


Figura 4

Angio TC con contraste de control tras intervención quirúrgica urgente, en el que se aprecia la endoprótesis aórtica que corrige el defecto aneurismático y fistuloso de la aorta.

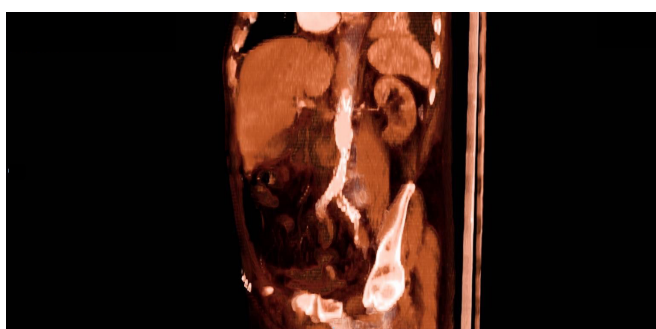


Figura 5

Reconstrucción de Angio TC de control tras intervención quirúrgica, mostrando la endoprótesis aórtica con la que se consiguió tratar la fístula aortoentérica secundaria a aneurisma de aorta.

Discusión

La fístula aortoentérica, aunque poco frecuente, es una causa grave de hemorragia digestiva cuya mortalidad alcanza el 100% en caso de no ser diagnosticada e intervenida a tiempo.

Existen dos grandes grupos, las FAE primarias (0,69%) asociadas con aneurismas aórticos, infecciones o neoplasias, entre otros y las FAE secundarias (2,36%) que suelen ocurrir como complicación de una reconstrucción quirúrgica de la Aorta previa.

La triada clásica incluye dolor abdominal, hemorragia digestiva y masa pulsátil, si bien sólo está presente en un 11-39% de los pacientes, siendo la exteriorización hemorrágica el síntoma más frecuente.

El gold standard para el diagnóstico es el TC de abdomen con contraste, pero en numerosas ocasiones se recurre en primer lugar a la endoscopia digestiva dada la clínica del paciente, aunque su rentabilidad diagnóstica en el caso de la FAE es baja.

El tratamiento es quirúrgico, dependiendo su éxito del intervalo entre el inicio del sangrado y el cierre del defecto aórtico.

CP-010. GLÁNDULAS SEBÁCEAS ECTÓPICAS EN EL ESÓFAGO

GRILO BENSUSAN I¹, TORRES GÓMEZ J²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA. SEVILLA. ²LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA. SEVILLA

Introducción

Se presenta este caso de una patología infrecuente a nivel del esófago y con imágenes características.

Caso clínico

Una mujer de 61 años con clínica leve de reflujo gastroesofágico y con dispepsia no investigada acude para la realización de una endoscopia oral. La paciente no tiene antecedentes de dislipemias, ni de consumo de tabaco ni hábito alcohólico. En el esófago se observan numerosas lesiones, menores de 5 mm en su mayoría, planas o discretamente elevadas. Presentan una coloración blanco amarillenta, con un punto blanquecino generalmente central. Su morfología es ovalada o redondeada y se agrupan en algunas zonas en forma de placas. Se distribuyen por todo el esófago siendo más frecuentes en el esófago medio y distal (**Figuras 1 y 2**).

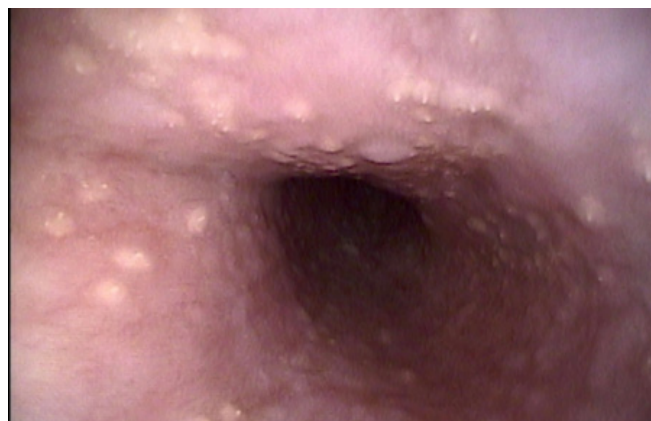


Figura 1



Figura 2

No se objetiva macroscópicamente la existencia de esofagitis aguda por reflujo. En el estómago se observa una gastritis crónica asociada a la infección por *H. pylori*. La biopsia de dichas lesiones esofágicas demuestra la existencia de células claras multi-vacuoladas que se agrupan formando las glándulas sebáceas. Éstas se localizan a nivel intraepitelial y/o subepitelial y no a nivel submucoso. Además se demuestran hallazgos histológicos compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico como la existencia de vasos dilatados a nivel de la lámina propia, la existencia de células inflamatorias y la hiperplasia de las células basales del epitelio (Figuras 3-5).

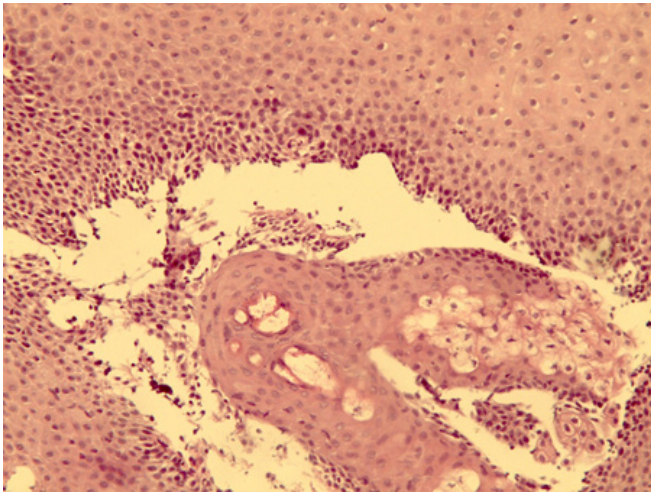


Figura 3

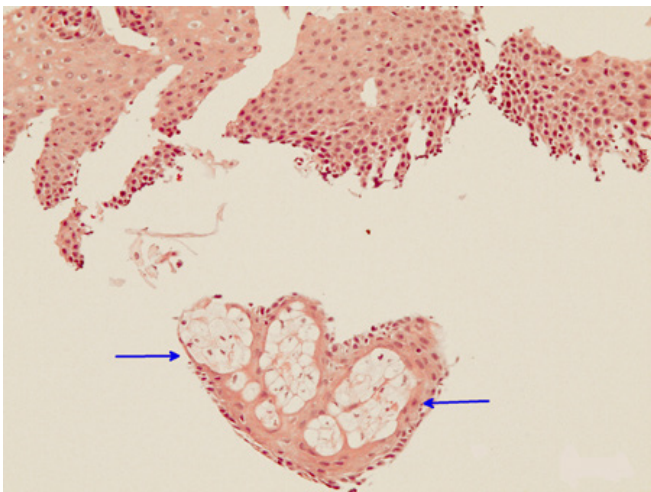


Figura 4

Discusión

Las glándulas sebáceas ectópicas en el esófago son muy infrecuentes y existen pocos casos publicados. Se estima que podría estar presente en el 0,05% de sujetos asintomáticos. Se desconoce su etiopatogenia. La hipótesis más plausible es la metaplasia de las células basales del epitelio esofágico en el contexto de un reflujo

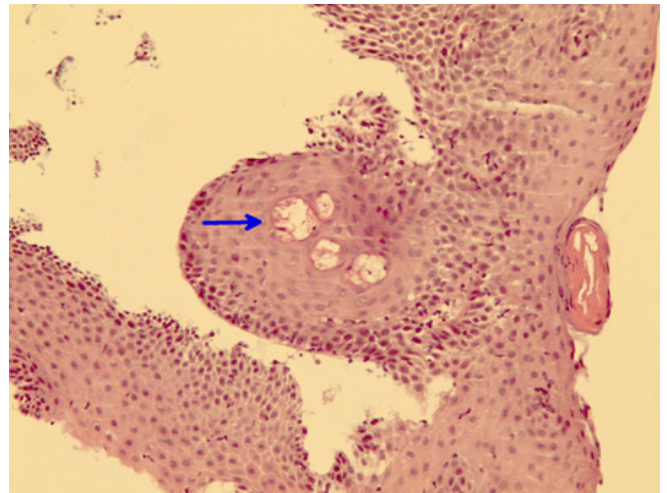


Figura 5

gastroesofágico. En el diagnóstico diferencial endoscópico se debe incluir los xantomas, el tumor carcinoide y el tumor de células claras. La protrusión blanquecina observada en su superficie corresponde al conducto excretor de la glándula y puede ser de ayuda para su diagnóstico. Se considera una lesión benigna, ya que no hay descritos casos de malignización y no se recomienda el seguimiento endoscópico.

CP-011. HEMOBILIA IATRÓGENA, UNA COMPLICACIÓN FATAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

ABELLÁN ALFOCEA P, FERNÁNDEZ CANO MC, JIMÉNEZ ROSALES R, LÓPEZ TOBARUELA JM, LIBRERO JIMÉNEZ, REDONDO CERZO E

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

Introducción

La hemobilia se define como el sangrado desde y/o hacia el tracto biliar y es una causa poco común pero fatal de hemorragia gastrointestinal. La presentación clínica clásica se conoce como la tríada de Quinke (ictericia, dolor en hipocondrio derecho y hemorragia digestiva alta) pero sólo aparece en el 22-35% de los casos, manifestándose generalmente de forma variada y dependiente de la causa. Presentamos dos casos que lo ilustran.

Caso clínico

1) Paciente de 72 años con ictericia indolora a estudio en centro privado donde es sometido a drenaje biliar por colangiografía percutánea transparietohepática. Tres semanas después es derivado a nuestro centro con hematemesis y shock hipovolémico. Se realiza duodenoscopia apreciando masa periampular de aspecto neoplásico, dilatación de vía biliar y salida de sangre espontánea a través de ésta (Figura 1). Se realizó angiografía urgente con embolización arterial con buen resultado.



Figura 1

Se aprecia papila duodenal dilatada con salida de contenido hemático. Adyacente masa periampular de aspecto adenomatoso compatible con adenocarcinoma.

2) Paciente de 58 años sometido a trasplante hepático hace seis meses, ingresa por sospecha de rechazo hepático agudo y se somete a biopsia hepática percutánea guiada por ecografía. Dos semanas más tarde comienza con cuadro de anemización progresiva y melenas, se realizan hasta dos endoscopias digestivas altas sin evidenciar causa de anemización, finalmente en una tercera se aprecia salida de coágulos sanguíneos a través de la papila duodenal. Se realizó angiografía sin visualizar sangrado activo y se decidió manejo conservador del sangrado. Finalmente, el paciente falleció por insuficiencia hepática.

Discusión

La hemobilia es una entidad poco común pero grave, y en la mayoría de ocasiones de etiología iatrogénica. El gastroenterólogo debe tenerla en cuenta ya que su incidencia ha aumentado en paralelo al incremento de procedimientos invasivos hepatopancreaticobiliares (radiología vascular, endoscópicos o percutáneos). La clínica es variada, el diagnóstico complejo y su aparición no es siempre inmediata tras al procedimiento, por lo que la sospecha del clínico es importante. El manejo varía en función de la gravedad y la causa, y aunque el manejo endoscópico está en auge, es de vital importancia el papel de la radiología intervencionista.

CP-012. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS.

BOCANEGRA VINIEGRA M, MUÑOZ NUÑEZ M, MORALES PRADO Á

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. CÁDIZ

Introducción

Los tumores neuroendocrinos son tumores derivados de las células neuroendocrinas, que pueden encontrarse en diversas localizaciones como pulmón, tiroides, tracto gastrointestinal, sistema urogenital, piel, suprarrenal.

La aparición en colon y recto es una entidad poco frecuente, aproximadamente del 1-4% de los tumores colorrectales. Son tumores agresivos, con tendencia a la diseminación metastásica. Suelen diagnosticarse entre la sexta y séptima década de la vida. Siendo la sintomatología similar a los adenocarcinomas de colon.

Caso clínico

Paciente de 65 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes, hipotiroidismo, FA, neurinoma del acústico tratado con radioterapia e hidrocefalia con válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Presenta estreñimiento, anemia y hematoquecia de semanas de evolución por lo que se realiza colonoscopia objetivándose lesión de aspecto neoplásico de gran tamaño en ángulo hepático que se biopsia.

Los resultados histológicos son compatibles con carcinoma neuroendocrino de células pequeñas ulcerado, que a la inmunohistoquímica resulta positiva para Sinaptofisina y CD -56, con KI-67 Positivo en 80-90% de las células neoplásicas.

Se realiza estudio de extensión con TAC de tórax y abdomen objetivándose múltiples metástasis hepáticas y voluminosa masa que depende de colon localizada en ángulo hepático con un tamaño de 9x11x12 cm que contacta con la pared abdominal y con duodeno. Durante el ingreso presenta episodios persistentes de rectorragia con anemización e inestabilidad hemodinámica. Dada la comorbilidad, estadio avanzado y tamaño de la lesión se decide realización de arteriografía para embolización, con control inicial de la hemorragia pero reaparición posterior, por lo que se realiza radioterapia paliativa con buen control del sangrado.

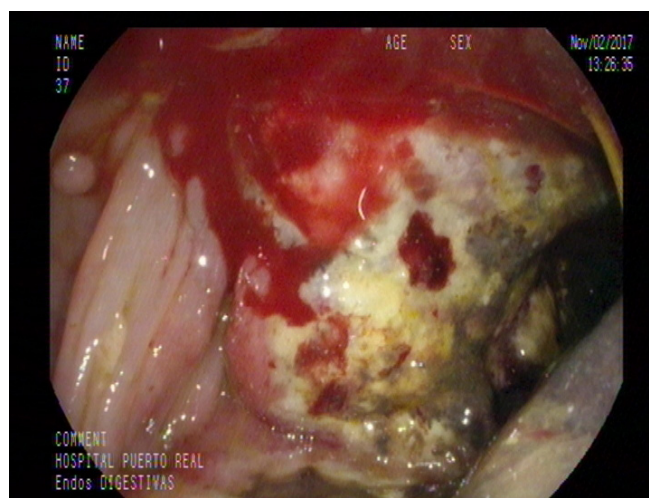


Figura 1

Imagen endoscópica de neoplasia de colon friable y estenosante.

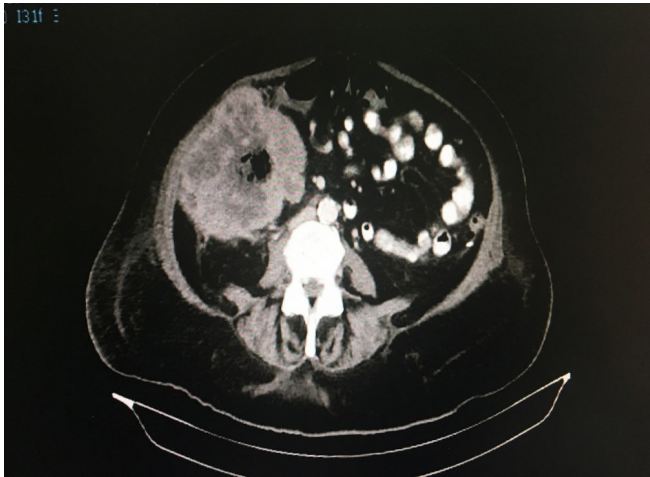


Figura 2

Imagen radiológica de gran lesión en colon derecho.

Posteriormente se inicia tratamiento quimioterápico paliativo pero tras tres semanas hay que suspender tratamiento por efectos secundarios.

Discusión

Los tumores neuroendocrinos pueden clasificarse en tumores bien diferenciados (índice mitótico hasta 20 mitosis/campo e índice de proliferación ki67 de hasta 20%) o pobremente diferenciados (índice mitótico > 20 e índice de proliferación ki 67>20%).

Éstos últimos se dividen en tumores de células pequeñas y tumores de células grandes.

La variedad de células pequeñas en colon es una patología rara, menos del 1% de las neoplasias colorrectales, y es la que peor pronóstico presenta (supervivencia 6-15 meses), siendo similar al carcinoma de pulmón oat cell. Aparecen con mayor frecuencia en ciego, sigma y recto, siendo menos frecuentes en colon ascendente y descendente. El tratamiento es similar al resto de neoplasias colónicas, siendo la cirugía el tratamiento de elección.

CP-013. HEMORRAGIA DIGESTIVA TRAS GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA EN MANGA (MÉTODO APOLLO)

SÁNCHEZ GARCÍA O¹, DÍAZ ALCÁZAR MM², RUIZ RODRÍGUEZ AJ²

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA. CARTAGENA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Introducción

A día de hoy no cabe duda que los métodos endoscópicos bariátricos se están imponiendo cada vez más para un determinado perfil de paciente como paso intermedio o definitivo para el tratamiento

de la obesidad. Entre ellos, la gastroplastia endoscópica en manga parece ofrecer buenos resultados con una baja tasa de complicaciones, resultando una atractiva alternativa a la cirugía bariátrica en determinados individuos. Sin embargo, aunque se trate de un método muy seguro, presentamos una complicación tras procedimiento que requirió de endoscopia urgente sin precisar ingreso hospitalario ni terapéutica endoscópica.

Caso clínico

Varón de 38 años con antecedentes de HTA y obesidad que se somete en clínica privada a gastroplastia endoscópica en manga mediante técnica Apollo sin incidencias inmediatas. A las 48 horas acude a Urgencias del Hospital por vómitos con contenido hemático, sin repercusión hemodinámica pero con leve anemia.

Se decide realizar gastroscopia urgente en quirófano, evidenciando sutura endoscópica con restos hemáticos mínimos así como pliegues gástricos con cambios inflamatorios sin evidenciar sangrado activo.

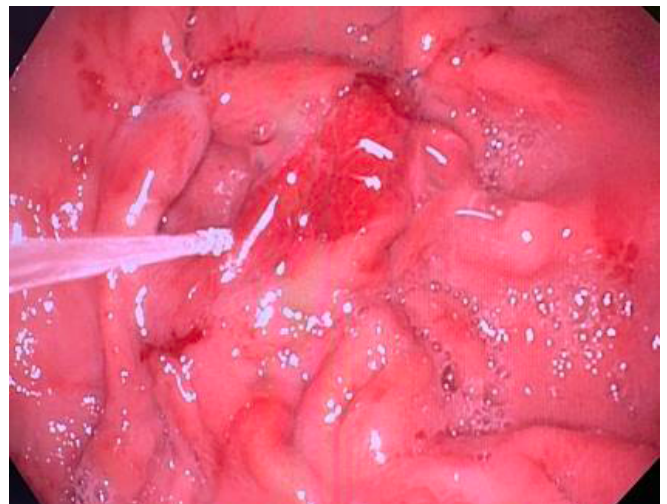


Figura 1

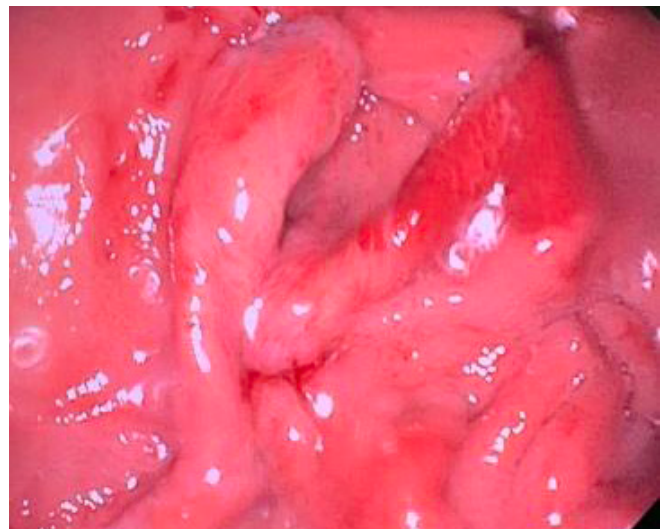


Figura 2

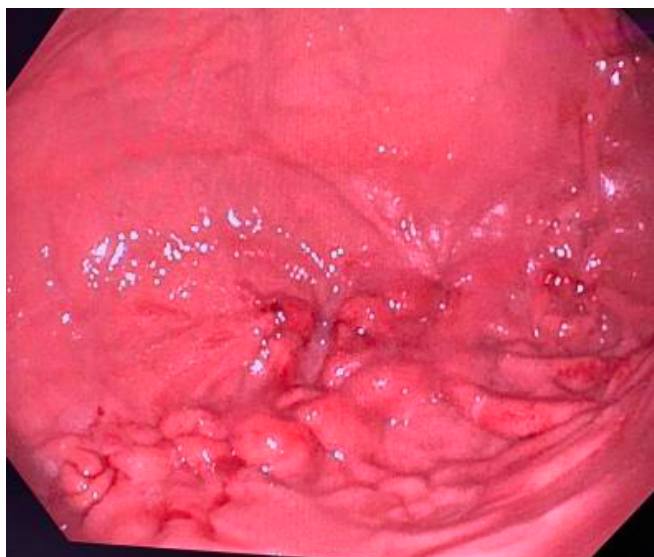


Figura 3

Discusión

Aunque ninguna de las técnicas endoscópicas bariátricas estén exentas de complicaciones, se consideran procedimientos muy seguros y de bajo riesgo, con un porcentaje mínimo de complicaciones relacionadas con el procedimiento. Todo apunta a que en el futuro próximo estas técnicas se irán implantando poco a poco dentro del tratamiento multidisciplinar de la obesidad.

CP-014. LESIÓN MAXILAR SUPERIOR Y DISFAGIA, SÍNTOMAS DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO METASTÁSICO

BOCANEGRA VINIEGRA M, MUÑOZ NÚÑEZ M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. CÁDIZ

Introducción

El cáncer de esófago es el octavo tumor maligno en frecuencia en el mundo y la sexta causa de muerte por cáncer, con una supervivencia inferior al 15% a los cinco años. El 90% corresponde a adenocarcinoma y carcinoma epidermoide.

Suele diagnosticarse en estadios avanzados. Presentan con mayor frecuencia diseminación linfática, seguida de la diseminación hematológica, afectando principalmente a hígado y pulmón. Menos frecuente es la aparición de metástasis óseas. Presentamos el caso de un paciente con cáncer de esófago con metástasis maxilar.

Caso clínico

Paciente de 71 años. HTA, DM y DL. Consulta por clínica de disfagia progresiva a sólidos y líquidos y tumoración facial dolorosa en maxilar superior con aumento progresivo del tamaño. Se realiza

gastroscopia con diagnóstico de neoplasia de esófago a 37 cm con resultado histológico compatible con adenocarcinoma.

Se realiza estudio de extensión con TAC de tórax y abdomen sin que sea concluyente para la existencia de metástasis a distancia. Se solicita PET-TAC en el que se identifican múltiples metástasis hepáticas y lesión nodular hipermetabólica caudal a la fosa nasal izquierda con erosión del hueso maxilar superior izquierdo, que podría corresponder a una metástasis vs segundo tumor primario.

A la exploración por ORL se aprecia dicha tumoración que se biopsia con resultado de fragmentos de tejido fibroconjuntivo infiltrados por Adenocarcinoma, compatibles con metástasis. Tras completar el diagnóstico de adenocarcinoma de esófago estadio IV con metástasis hepáticas y en maxilar superior, se inicia tratamiento con quimioterapia paliativa además de radioterapia a nivel de metástasis facial, presentando buena respuesta inicial: disminución del tamaño y la sintomatología. Finalmente se suspende el tratamiento quimioterápico por efectos secundarios con la consiguiente defunción del paciente.

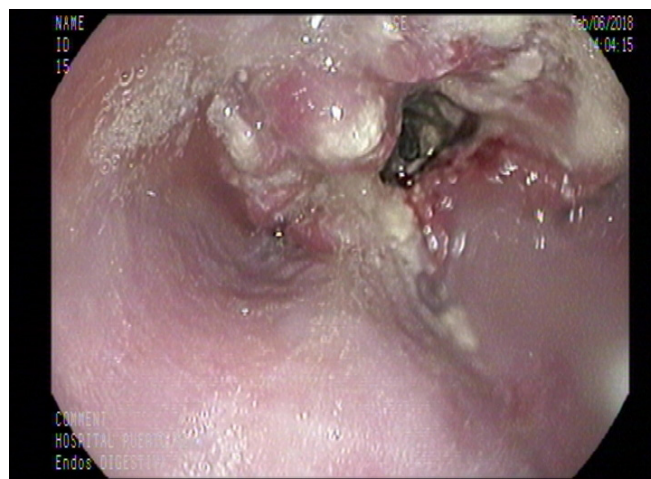


Figura 1

Imagen endoscópica de neoplasia de colon friable y estenosante.

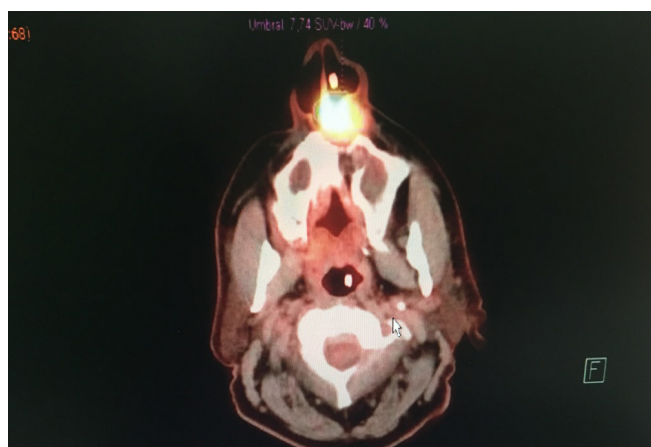


Figura 1

Imagen endoscópica de neoplasia de colon friable y estenosante.

Discusión

El cáncer de esófago es un tumor agresivo que suele diagnosticarse en estadios avanzados, presentando principalmente metástasis ganglionares, hepáticas y pulmonares. La afectación ósea es menos frecuente, presentado mayor afinidad por el esqueleto axial.

La aparición de metástasis en cavidad oral es infrecuente (1% de las neoplasias malignas de cavidad oral). Asientan principalmente en mandíbula, siendo más raras en maxilar superior. Los tumores que más frecuente metastatizan en cavidad oral son: mama, pulmón y riñón. En el 70% aparecen tras el diagnóstico del tumor primario.

Pueden ser asintomáticas o presentarse como tumoración, dolor, ulceración, parestesias, hemorragia o periodontitis. El tratamiento generalmente es paliativo, considerando la cirugía si la metástasis es única y existe buen control del tumor primario o para el control del dolor, hemorragia o sobreinfección.

CP-015. LIPOMA YEYUNAL ULCERADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

LUCENA VALERA A, PASCUAL ABAD I, FERRER RÍOS MT, PASCASIO ACEVEDO JM, BOZADA GARCÍA JM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Los lipomas gastrointestinales son neoplasias benignas e infrecuentes dependientes de la submucosa, siendo su localización más frecuente la colónica. Generalmente son asintomáticos, y los síntomas como la intususcepción o la ulceración están en relación con el tamaño.

Caso clínico

Paciente de 59 años con antecedentes de cardiopatía isquémica doblemente antiagregada y trasplante renal. Consultó por hemorragia digestiva manifestada en forma de hematoquecia con anemia marcada requiriendo la transfusión de hasta tres concentrados de hemáties. Se realiza una gastroscopia sin objetivar lesiones potencialmente sangrantes, así como colonoscopia con hallazgo de cuatro pólipos sésiles menores de 10 mm sin restos hemáticos. En la videocápsula endoscópica para estudio de hemorragia de origen oscuro se objetiva en yeyuno proximal una lesión polipoide eritematosa y ulcerada de tamaño no valorable por su visualización tangencial probablemente neoplásica (**Figuras 1 y 2**). Se realiza intervención quirúrgica con resección de 5 cm de yeyuno presentando una formación nodular de 4 cm correspondiente con lipoma con focos de ulceración mucosa en el estudio histológico.

Discusión

El lipoma gastrointestinal es un tumor mesenquimal benigno derivado del tejido adiposo de la pared intestinal dependiente de

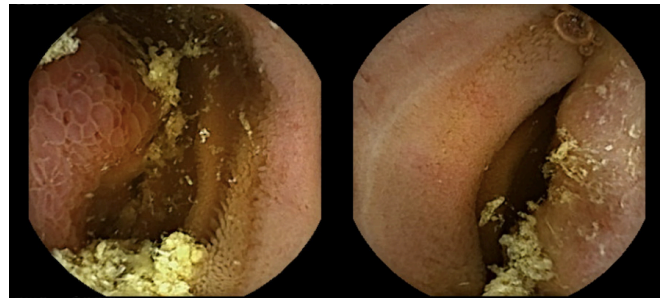


Figura 1

Lesión polipoidea mamelonada en yeyuno.



Figura 2

Videocápsula endoscópica.

la submucosa. Histológicamente está compuesto por adipocitos maduros dispuestos sobre un estroma fibrovascular.

Su incidencia es baja, siendo el 4% de todas las neoplasias del tracto digestivo. La localización más frecuente es la colónica, seguida del intestino delgado en el 26% de los casos. En el 10% de los casos se presentan como lesiones múltiples dando lugar a una lipomatosis colónica.

Aunque generalmente son asintomáticos se pueden presentar en forma de dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, obstrucción intestinal y hemorragia digestiva, en el 75% de los lipomas mayores de 4 cm.

Es una causa extraordinaria de hemorragia digestiva y está relacionada con la pediculación secundaria a la fuerza realizada por

las ondas peristálticas en los de mayor tamaño, dando lugar a una compresión de la tumoración que puede llegar a ulcerar la mucosa. Cuando ocurre se debe ampliar el diagnóstico diferencial a otras neoplasias digestivas potencialmente malignas.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico, pero tanto la tomografía computarizada como las técnicas endoscópicas dan una alta sospecha diagnóstica. Objetivándose en la endoscopia una lesión polipoidea amarillenta bien delimitada. El tratamiento adecuado en los lipomas sintomáticos de gran tamaño es la resección quirúrgica.

CP-016. METÁSTASIS MADIÁSTÍCAS DE TUMOR VESICAL DIAGNOSTICADO POR USE-PAAF

ORTEGA SUAZO EJ, LÓPEZ TOBARUELA JM, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ E, LÓPEZ DE HIERRO M, ABELLÁN ALFOCEA P, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

La USE-PAAF es una técnica con alta rentabilidad diagnóstica y baja morbilidad, con una tasa de complicaciones en torno a 0,2-2%. La ultrasonografía endoscópica (USE) permite examinar no sólo la pared del tubo digestivo sino también 6 cm alrededor del órgano explorado, lo que incluye mediastino, páncreas, vía biliar, grandes vasos y grasa perirrectal. En los últimos años se ha desarrollado la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por USE, permitiendo obtener de forma poco invasiva material citológico para el diagnóstico de adenopatías y masas.

Caso clínico

Hombre, 67 años, en seguimiento por Urología, con diagnóstico reciente de Carcinoma escamoso de vejiga. No síntomas digestivos. Durante el estudio de extensión se realiza TAC toraco-abdominopélvico: neoformación (25x43x55 mm) contigua a la región anterior del tercio medio esofágico, sin poder determinar si corresponde a tumor submucoso esofágico o a conglomerado adenopático. No signos de metástasis ganglionares o a distancia de neoplasia vesical. PET-TAC: foco hipermetabólico en mediastino posterior, de dudosa localización, que podría corresponder a un engrosamiento de pared anterior de tercio medio esofágico o bien a un conglomerado adenopático subcarinal. Endoscopia digestiva alta: sin lesiones esofágicas. Se decide completar estudio con USE-PAAF: en espacio subcarinal (estación 7), área hipocogénica (40x25 mm) de bordes definidos compatible con conglomerado adenopático de probable origen maligno. Diagnóstico citológico: metástasis de carcinoma escamoso vesical. Con diagnóstico de carcinoma vesical etapa IV, se derivó a Oncología para iniciar tratamiento con radioquimioterapia.



Figura 1

TAC abdomen. Conglomerado adenopático de origen maligno en mediastino posterior contiguo a región anterior de tercio medio esofágico.

Discusión

La evaluación de las enfermedades del mediastino constituye un reto diagnóstico en la actualidad. La USE y USE-PAAF son de gran utilidad para el estudio de estas enfermedades permitiendo el diagnóstico de extensión locoregional de carcinomas de esófago y pulmón así como estudio de linfomas y enfermedades inflamatorias-infecciosas mediastínicas; lo que condiciona el pronóstico y la actitud terapéutica. La precisión diagnóstica de la USE-PAAF en el diagnóstico de adenopatías mediastínicas de origen incierto se sitúa por encima del 90%, mayor que la obtenida por la broncoscopia con biopsia ciega transbronquial. Con respecto a la TC, tiene la ventaja de ofrecer la posibilidad de diagnóstico citológico. A diferencia de las demás técnicas, permite acceder a la región subcarinal y a la ventana aortopulmonar y paraesofágica baja, obteniendo material de adenopatías de hasta 5 mm de diámetro sin riesgo de contaminación de la muestra. Es por tanto la técnica diagnóstica no quirúrgica más coste-efectiva en el estudio de enfermedades mediastínicas, permitiendo al especialista en aparato digestivo ampliar su campo diagnóstico.

CP-017. NECROSIS ESOFÁGICA EXTENSA POR LA TOMA DE CITRAFLEET®

GARCÍA GAVILÁN MC, ALCALDE VARGAS A, MORALES ALCÁZAR F, MONTES ARAGÓN C, SÁNCHEZ CANTOS A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA. MARBELLA. MÁLAGA

Introducción

En la actualidad disponemos de varios tipos de soluciones de preparación para la colonoscopia. El Citrafleet® es un laxante estimulante ampliamente utilizado con este fin, siendo sus principales efectos adversos las molestias gastrointestinales y las alteraciones hidroelectrolíticas.

Caso clínico

Varón de 52 años sin antecedentes, que acudió a urgencias por dolor torácico opresivo tras la ingesta de Citrafleet® para una colonoscopia que tenía programada. En la anamnesis dirigida, refirió haberlo tomado de forma directa, sin agua, por error a pesar de las indicaciones en la hoja de preparación entregada. Posteriormente tomó 1,5 litros de agua al darse cuenta del error. En la analítica presentaba 15.900 leucocitos/mm³, 81% de neutrófilos y PCR 28,59 mg/L. Se realizó una gastroscopia, que objetivó desde la boca de Killian, una afectación continua, con mucosa denudada, hematomas de pared y áreas de aspecto necrótico, así como desgarros longitudinales largos fibrinados (Figuras 1 y 2).

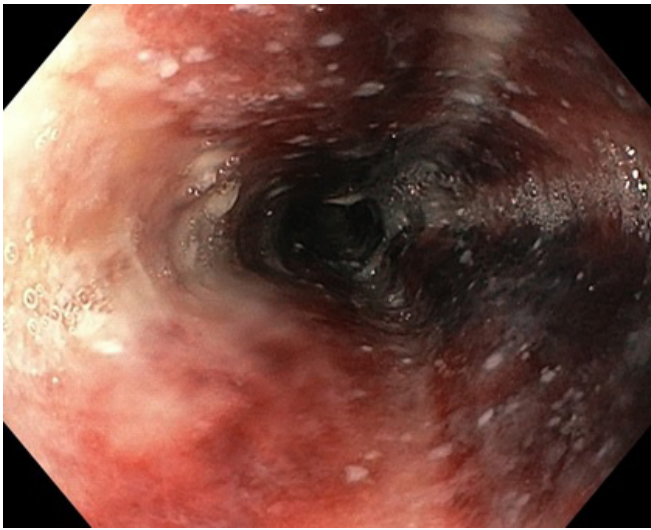


Figura 1

En la imagen endoscópica se observa afectación continua de la mucosa, con denudación y hematomas murales.

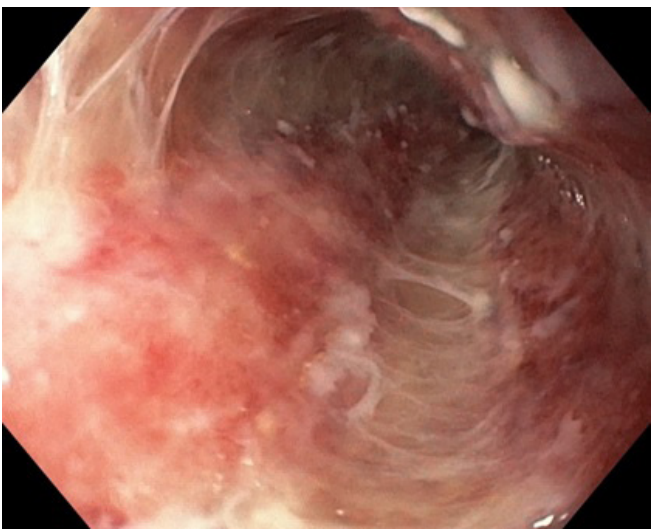


Figura 2

Desgarros longitudinales largos con puentes de fibrina.

No se prosiguió la exploración por el riesgo de iatrogenia. Se realizó un TAC con contraste, que objetivó importante engrosamiento de la pared esofágica hasta nivel distal, con buen paso de contraste, así como derrame pleural bilateral (Figura 3). Ingresó en UCI con reposo digestivo y antibioterapia profiláctica con piperacilina-tazobactam, con buena evolución. Se realizó un TAC de control a la semana con signos radiológicos de mejora y se dio de alta con buena tolerancia oral. Se realizó una gastroscopia al mes, con resolución completa de las lesiones, aunque se observaron tres anillos fibróticos, que condicionan estenosis leve de la luz, pero dejaban un diámetro amplió que no dificulta el paso del endoscopio. Presentó un episodio de impactación de cuerpo extraño a los dos meses que se resolvió endoscópicamente.

Actualmente, tras año y medio de seguimiento, el paciente está asintomático.

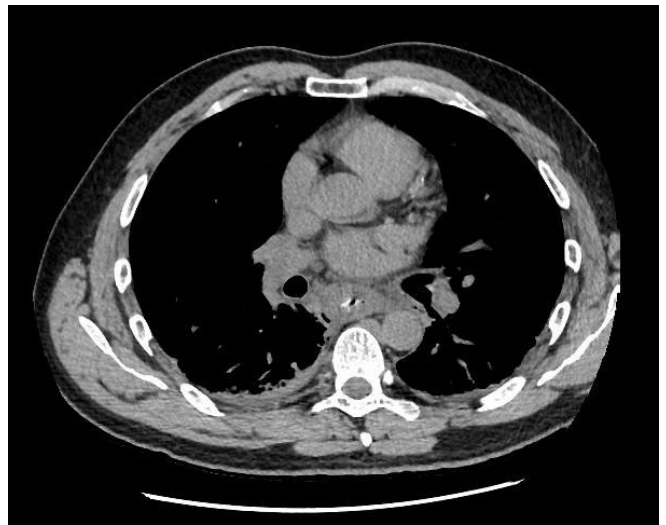


Figura 3

En el TC de abdomen se observa engrosamiento concéntrico de la pared del esófago hasta la porción distal, con buen pase de contraste oral.

Discusión

La esofagitis por cáusticos se produce por la ingesta, accidental o intencionada, de álcalis o ácidos fuertes, que dan lugar a una necrosis del esófago cuando el daño es transmural. El Citrafleet®, compuesto por picosulfato sódico: óxido de magnesio (sales neutras) y ácido cítrico (ácido débil), no debería producir una esofagitis cáustica. En nuestro caso se tomó sin agua, de forma que el compuesto quedó adherido a la mucosa y probablemente, a parte del componente cáustico, también influyó el daño térmico, ya que este compuesto al mezclarse con agua produce una reacción exotérmica, que pudo dar lugar a una quemadura. Como conclusión, resaltamos la importancia de seguir correctamente las instrucciones para la toma de la preparación para la colonoscopia

CP-018. PAPILOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO DIFUSO, UN HALLAZGO INFRECLENTE.

RICO CANO A¹, PINTO GARCÍA I², FLORES MORENO H³, JIMÉNEZ PÉREZ M²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA. MÁLAGA

Introducción

El papiloma escamoso de esófago (PEE) es un tumor benigno poco frecuente, con una prevalencia del 0,07%, que generalmente cursa de forma asintomática y su diagnóstico suele ser un hallazgo incidental al realizar la endoscopia. Presentamos un caso de una PEE difusa, raramente descrita en la literatura.

Caso clínico

Mujer de 74 años en estudio por anemia ferropénica se realiza gastroscopia donde se describen placas blanquecinas distribuidas de forma difusa por todo el esófago (Figura 1) con histología de hiperplasia epitelial papilomatosa y dos lesiones excrecentes sugestivas de degeneradas a nivel de esófago cervical y otras en esófago medio (Figura 2) con histología de carcinoma epidermoide bien diferenciado. Se realiza estudio de extensión con TC toracoabdominal sin hallazgos relevantes, ecoendoscopia resultando ser un T2-N1 y PET-TC con dos focos de captación sugestivos de malignidad en esófago proximal y medio. Se presenta el caso en comité multidisciplinar decidiéndose tratamiento con quimioterapia y radioterapia radical, desestimando cirugía por comorbilidad.



Figura 1 Placa blanquecina con histología de hiperplasia epitelial papilomatosa.

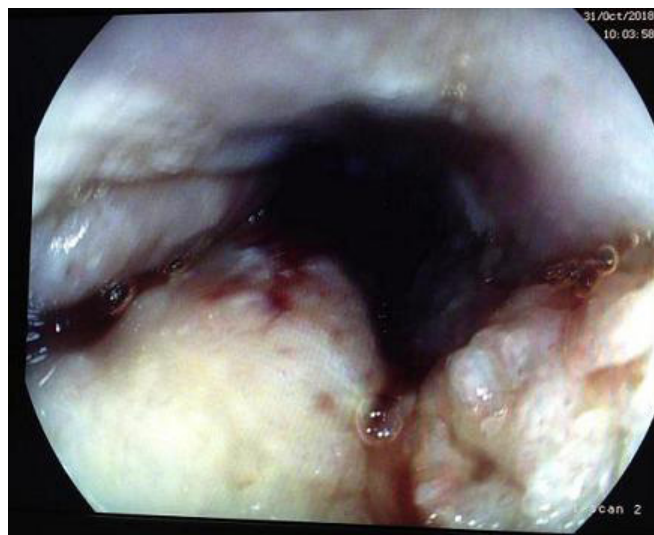


Figura 1 Lesión excrecente a nivel de esófago medio con histología de carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Discusión

Los papilomas son tumores benignos fibrosos y sésiles cubiertos por epitelio escamoso producidos por el virus del papiloma humano (VPH), que tienen la capacidad de producir lesiones proliferativas en piel y/o mucosas. La vía de adquisición se produce por contacto directo.

Endoscópicamente se observa una lesión única, elevada y sésil de aspecto vegetante, delimitada bien del tejido circundante, con un tamaño generalmente <1 cm, lo que puede confundirnos con otro tipo de lesiones. Es necesario la confirmación histológica donde se pueden detectar con microscopio coliocitos y por PCR el ADN viral

CP-019. PRÓTESIS ARCHIMEDES EN LA DILATACIÓN BENIGNA DE COLÉDOCO

BELVIS JIMÉNEZ M, CARMONA SORIA I, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ Á, RODRÍGUEZ TÉLLEZ M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Las prótesis Archimedes son stent biodegradables (SB) helicoidales que permiten que la bilis fluya por su superficie externa. Se usan en obstrucción del conducto biliar y/o pancreático sin ser necesario retirarlas.

Casos clínicos

Varón, 78 años, valorado por dolor abdominal, hipertransaminasemia y colestasis disociada. Se realiza pruebas de imagen en las que se observa dilatación de vía biliar intra-extrahepática y engrosamiento

a nivel de la papila. En la ecoendoscopia se aprecia una dilatación del colédoco de 24 mm (**Figura 1**) y algunas adenopatías peripapilares inflamatorias. Posteriormente se realiza CPRE, con una papila protruida y ausencia de defectos de repleción en la colangiografía, con stop brusco. Cepillado negativo para células malignas. Con control fluoroscópico se toman biopsias del interior de la papila. Tras esfinterotomía, y debido al gran calibre de la vía biliar, colocamos dos prótesis biodegradables Archimedes de 10 F de 8 y 10 cm de degradación lenta (**Figura 2**). Biopsias de papila: fragmento de músculo con escasa celularidad epitelial e inflamatoria. A los nueve meses tras la CPRE, el paciente se encuentra asintomático y con normalización analítica completa con colédoco de 9 mm en ecografía de control.



Figura 1 Dilatación de vía biliar.



Figura 2 Se observa las dos prótesis Archimedes normoimplantadas. Apreciese la morfología helicoidal que presentan.

Discusión

Los SB Archimedes han demostrado proporcionar una fuerza radial y un efecto de remodelación de estenosis cercano al del stent metálico completamente recubierto (Siiki A et al., GIE 2018). Existen tres tipos de degradación: rápida (12 días), media (20 días), lenta (11 semanas); y su uso dependerá de la patología a tratar. En causas benignas de obstrucción distal de la vía biliar, pueden ser una opción terapéutica eficaz y segura. Sin embargo se necesitan más estudios a largo plazo y comparativos con la esfinterotomía aislada.

CP-020. PSEUDOLIPOMATOSIS COLI

GARCÍA GARCÍA AM, MARTÍN IBÁÑEZ JJ, COBOS RODRÍGUEZ J, ANDRADE BELLIDO RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Introducción

La pseudolipomatosis colónica o pneumatosis coli es una entidad benigna poco frecuente a menudo asintomática con una prevalencia de entre el 0,02% al 0,3% en las diferentes series, siendo más frecuente en las sexta y séptima décadas de la vida. Su etiología no está clara, hay autores que piensan que las lesiones pueden ser consecuencia de un barotrauma por la entrada de gas en la mucosa durante la colonoscopia o secundarias al daño químico producido por los desinfectantes utilizados en el lavado del endoscopio.

Caso clínico

Mujer de 39 años sin antecedentes médicos de interés que consulta a su médico de cabecera por rectorragia de características distales. Abuelo paterno fallecido por cáncer de colon a los 70 años. Se le solicita colonoscopia (**Figuras 1-3**) donde se visualiza en colon izquierdo un segmento de unos 35 cm con una afectación parcheada consistente en placas blanquecinas con mucosa intralésional sana no siendo esta friable al roce. Se toman múltiples biopsias cuyo análisis histológico informa: fragmentos superficiales de mucosa colónica con leve inflamación crónica y pseudolipomatosis en lámina propia.

Discusión

La mayor parte de los casos se localizan en el colon izquierdo aunque también hay casos reportados de afectación rectal y en tramos altos del tubo digestivo como estómago y duodeno.

Endoscópicamente se visualizan placas blanquecinas o amarillentas de tamaño comprendido entre pocos milimétricos y pocos centímetros con mucosa normal entre las mismas. El diagnóstico se confirma mediante inmunohistoquímica que muestra numerosas vacuolas vacías de entre 20 y 240 micras desplazando la lámina propia adyacente (**Figura 4**). El diagnóstico diferencial incluye el linfangioma y la malacoplaquia.

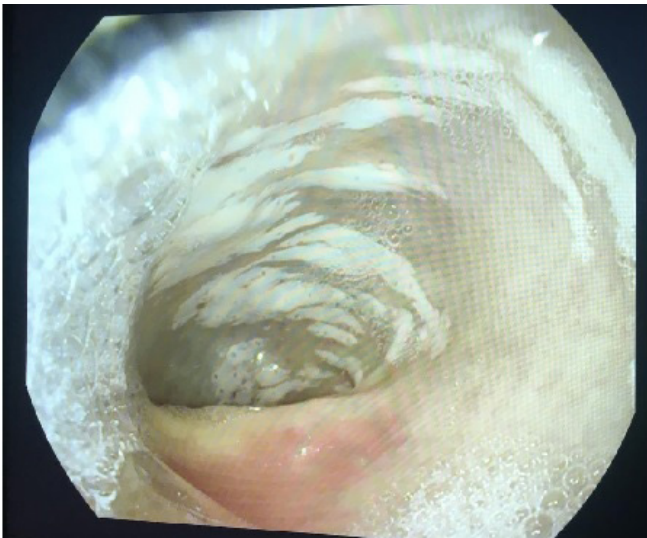


Figura 1

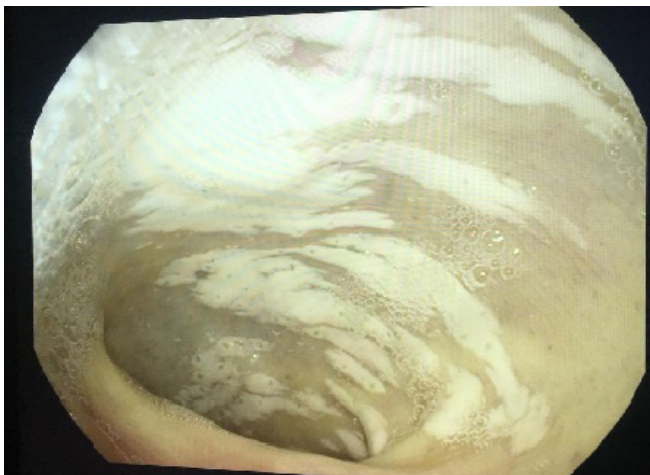


Figura 2

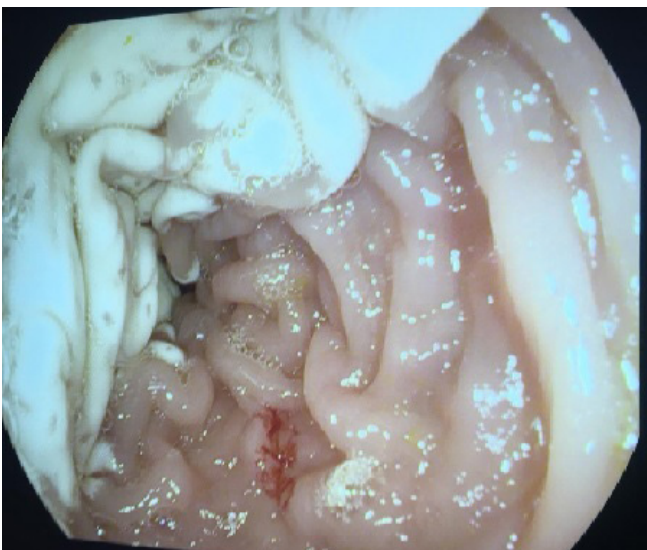


Figura 3

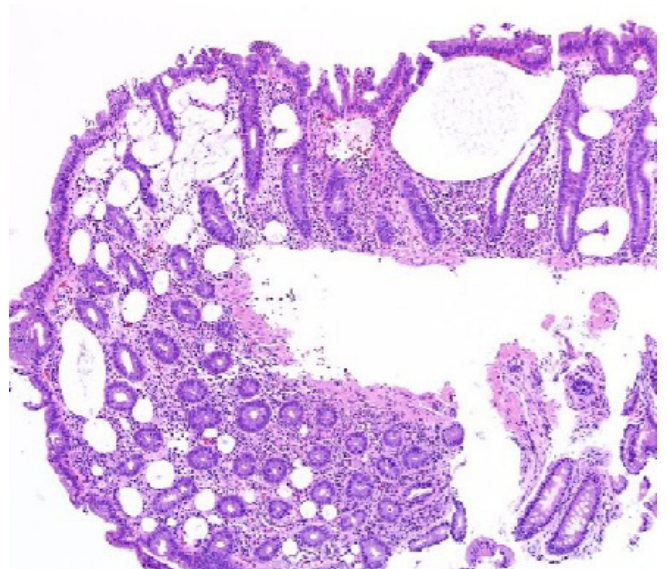


Figura 4

Este cuadro no requiere tratamiento específico y se suele producir una resolución espontánea en unas semanas.

CP-021. SANGRADO ESPONTÁNEO DEL PEDÍCULO DE UN PÓLIPOTRATADO MEDIANTE POLIPECTOMÍA

GARCÍA GAVILÁN MC, PUYA GAMARRO M, SORIA LÓPEZ E, SÁNCHEZ CANTOS A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA

Introducción

La hemorragia digestiva baja (HDB) se produce por una amplia variedad de causas, siendo las más frecuentes el sangrado diverticular, colitis isquémica, angiodisplasias, enfermedad inflamatoria intestinal o tumores. El 75-80% de los casos de HDB se limitan de forma espontánea y solo se realiza colonoscopia urgente en los casos graves (inestabilidad hemodinámica, síncope o persistencia del sangrado).

Casos clínicos

Varón de 83 años con antecedente de síndrome metabólico y enfermedad renal crónica, antiagregado con ácido acetilsalicílico 100 mg/día, que acude a Urgencias por hemorragia digestiva en forma de hematoquecia. A su llegada presentaba una tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 lpm, con una Hb de 7,6 mg/dL y hematocrito de 24,8%, con el resto de la analítica normal. Tras la estabilización del paciente y transfusión de dos concentrados de hematíes, se realizó una gastroscopia de urgencia sin hallazgos patológicos.

Se decidió completar el estudio con colonoscopia precoz, donde se objetivaron múltiples pólipos sésiles y pediculados, a lo largo de todo el colon. En sigma, a unos 60 cm de margen anal, se observó un pólipo pediculado (0-Ip de la clasificación de Paris) de 8 mm, de aspecto adenomatoso, con sangrado activo babeante procedente de la base del pedículo (**Figuras 1 y 2**). Se realizó elevación del pólipo con adrenalina diluida al 1:100.000 y se resecó con asa de diatermia en una pieza, cesando el sangrado de esta forma. No obstante, se colocaron dos endoclips clampando el remanente del pedículo, para prevención de nuevos sangrados (**Figura 3**). Tras esto, el paciente se mantuvo estable sin nuevas exteriorizaciones hemáticas. El pólipo se mandó para estudio anatomopatológico que demostró características de un pólipo adenomatoso.



Figura 1

En sigma se observó un pólipo pediculado (0-I de Paris) de unos 8 mm y de aspecto adenomatoso.

Discusión

El sangrado espontáneo del pedículo de un pólipo es muy poco frecuente, con contados casos descritos en la literatura. En los niños la HDB por pólipos, sí constituye una de las principales causas de HDB, siendo con frecuencia pólipos pediculados, en colon izquierdo y recto. En el caso del sangrado tras una polipectomía, se han descrito como factores de riesgo el tamaño del pólipo >10 mm, su localización en colon derecho, la presencia de enfermedad cardiovascular subyacente y la anticoagulación/antiagregación. Aunque no hay estudios en relación al sangrado espontáneo, estos factores también podrían predisponer a un mayor riesgo de sangrado. En nuestro caso además hay que destacar la realización de una polipectomía como técnica hemostática, descrita únicamente en un caso similar previo.

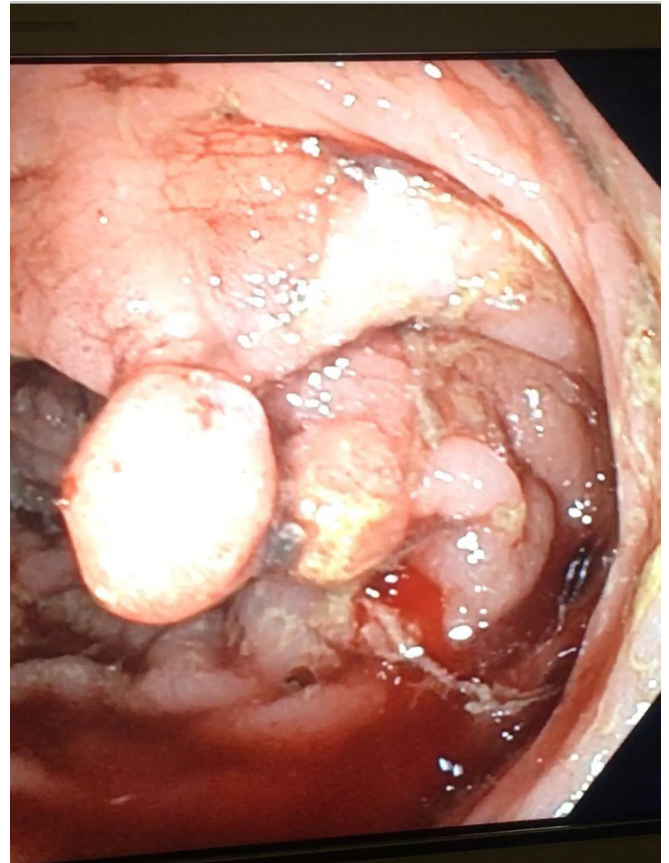


Figura 2

Sangrado babeante espontáneo de la base del pedículo del pólipo.

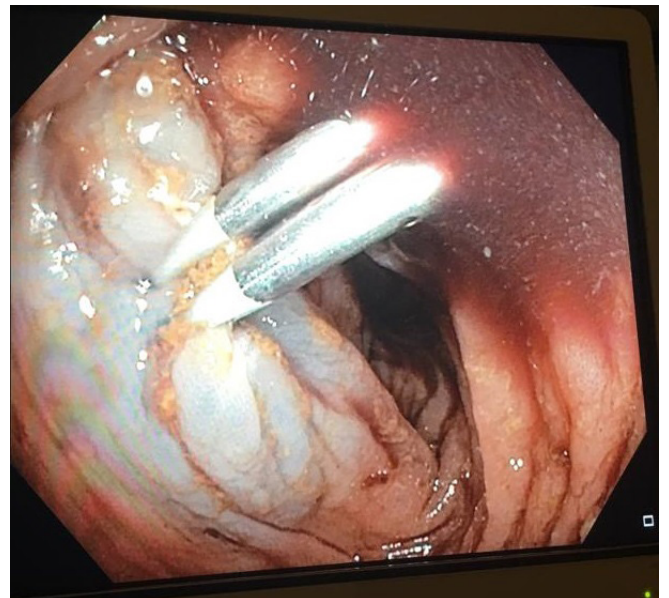


Figura 3

Cese del sangrado tras elevación del pólipo y polipectomía con asa de diatermia. Se colocaron dos endoclips para prevención de sangrados.

CP-022. SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A LINFOMA MALT ILEAL DIAGNOSTICADO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

GARCÍA GAVILÁN MC, ALCALDE VARGAS A, SÁNCHEZ YAGÜE A, SÁNCHEZ CANTOS A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA

Introducción

Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal constituyen el 30% de los linfomas. Su localización más frecuente es estómago (65-70%), intestino delgado (16%) y colon (6%). Los linfomas del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) se asocian a estados inflamatorios crónicos y se ha demostrado una relación con la infección por *Helicobacter pylori*, por ello su localización más frecuente es gástrica. En intestino delgado es poco frecuente, y aunque menos demostrado, se ha asociado con la infección por *Campylobacter jejuni*.

Caso clínico

Varón de 72 años ingresado previamente por hemorragia digestiva de origen oscuro (HDDO) en forma de hematoquecia que se autolimitó, con estudio previo con gastroscopia, colonoscopia y angioTC negativos. Ingresó nuevamente por shock hipovolémico secundario a hematoquecia masiva. Tras la estabilización del paciente, se realizó gastroscopia y colonoscopia de urgencia sin hallazgos justificantes del sangrado, por lo que esta vez, se decidió completar el estudio de forma precoz con cápsula endoscópica (CE) en las primeras 24 horas. Se realizó la CE objetivándose en íleon, una tumoración de gran tamaño, que ocluía la mitad de la luz intestinal, de aspecto submucoso, con superficie erosionada y con sangrado activo babeante (Figuras 1 y 2). Se realizó una laparoscopia urgente con resección de la tumoración, que macroscópicamente impresionaba de submucosa y con un tamaño de 6 cm (Figura 3). El estudio anatomopatológico mostró una región extranodal marginal asociado a tejido linfoide, compatible con linfoma MALT (CD20 positivo). Tras la cirugía el paciente se ha mantenido asintomático.

Discusión

La forma de presentación más frecuente del linfoma MALT de intestino delgado suele ser una obstrucción intestinal o dolor abdominal. En el contexto de una HDDO el diagnóstico se puede realizar mediante CE, enteroscopia, AngioTAC o gammagrafía con Tc99, aunque las últimas requieren de un flujo mínimo, por lo que pueden ser negativas en sangrados intermitentes o de menor flujo.

La importancia de nuestro caso radica no solo en la infrecuente localización del linfoma MALT y su forma de presentación, sino también en la importancia del estudio por CE de forma precoz (primeras 24 horas), que permitió localizar el origen del sangrado, aumentando de esta forma el rendimiento diagnóstico y permitiendo la resección quirúrgica temprana.



Figura 1
Placa blanquecina con histología de hiperplasia epitelial papilomatosa.

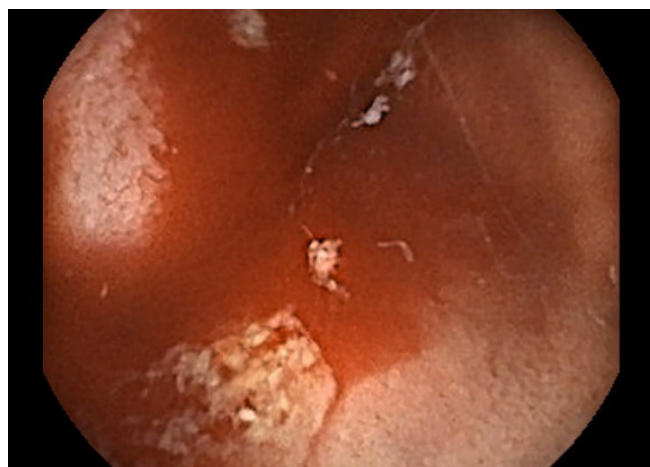


Figura 2
Placa blanquecina con histología de hiperplasia epitelial papilomatosa.



Figura 3
Pieza quirúrgica con tumoración subcutánea de 6 cm aproximadamente.

CP-023. TACTO RECTAL PRIMER PASO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA RECTAL

BOCANEGRA VINIEGRA M, MUÑOZ NÚÑEZ M, OSORIO MARRUECOS M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. CÁDIZ

Introducción

El melanoma anorrectal es una patología infrecuente, representando menos del 1% de los tumores anorrectales. A pesar de su escasa incidencia, es la tercera localización más frecuente, tras el melanoma cutáneo y ocular. Su frecuencia es mayor en mujeres y en edades avanzadas, con un pico de incidencias en la octava década de la vida. La presentación clínica suele ser inespecífica, siendo la rectorragia el síntoma más frecuente, aunque también puede presentarse con proctalgia, tenesmo o masa/nódulo palpable al tacto rectal.

Caso clínico

Paciente de 91 años, con antecedentes de hipertensión arterial, sd Charles Bonnet/degeneración macular y tuberculosis en la juventud.

Acude a Urgencias por rectorragia, proctalgia y tenesmo de días de evolución. Se realiza tacto rectal en el que se objetiva en ampolla rectal, lesión indurada a punta de dedo, completándose estudio con rectoscopia. Identificando desde línea pectínea hasta unos 4-5 cm del margen anal neoformación ulcerada fibrinada, que ocupa 1/3 de la circunferencia y consistencia dura a la toma de biopsias sugestiva de neoplasia rectal. AP: mucosa pavimentosa anal con neoplasia extensamente ulcerada e infiltrante con intensa positividad con Melan -A y negatividad con Pan-CK y elevado índice proliferativo (Ki67) por lo que se corresponde con melanoma anal.

Se realiza TAC de tórax y abdomen donde se objetivan lesiones de tipo granulomatoso crónico en pulmones, sin evidencia de metástasis y múltiples LOEs hepáticas sugestivas de origen metastásico, además de masa rectal con adenopatías perirectales. La gammagrafía ósea descarta existencia de metástasis óseas.

Dada la edad y estadio avanzado se desestima tratamiento quirúrgico y oncológico sistémico pero se realiza radioterapia paliativa con carácter hemostático con buen control de los síntomas a nivel local.

Discusión

El melanoma rectal es una neoplasia agresiva mundialmente reconocida, aunque infrecuente siendo 0,2%-3% del total de los melanomas. Es frecuente la presentación en estadios avanzados, con afectación ganglionar (60%) o metástasis, principalmente hepática y pulmonar (20-30%). De ahí la importancia del diagnóstico precoz y exploración ante síntomas rectales.

Histológicamente, el diagnóstico diferencial se debe establecer con: carcinoma indiferenciado, carcinoma basaloide y tumor carcinoide.

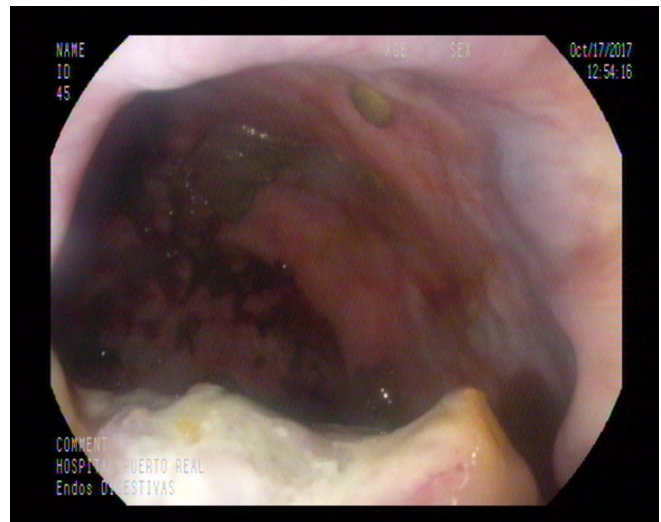


Figura 1

Rectoscopia. Imagen endoscópica de lesión a las 6 en canal anal.

El tratamiento de elección es la cirugía, tanto la resección abdominopélvica como la escisión local, siendo la técnica de elección aún controvertida. La quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia son utilizados en algunos casos pero con escasos resultados y eficacia limitada. A pesar del tratamiento, presenta mal pronóstico con supervivencia a los cinco años <20%.

CP-024. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL RECIDIVANTE

BARRANCO CASTRO D, APARCERO LÓPEZ R, LORENZO GONZÁLEZ L, ROMERO CASTRO R, JIMÉNEZ GARCÍA VA, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Las fístulas esófago-bronquiales son una comunicación anómala entre la pared posterior del esófago y la pared adyacente del bronquio. Pueden ser congénitas o adquiridas, teniendo estas segundas múltiples causas, entre las que se encuentra la perforación esofágica. Suponen una grave complicación debido al riesgo de contaminación de la vía aérea y el mediastino.

Caso clínico

Varón de 60 años hipertenso, diabético y dislipémico, con cardiopatía isquémica de base. Como antecedentes destaca ingreso en UCI por shock séptico causado por *Klebsiella pneumoniae*, secundario a mediastinitis tras perforación esofágica espontánea. Se intentó tratamiento quirúrgico mediante cierre de la apertura y plastia con pleura, presentando posteriormente dehiscencia de la sutura, por lo que se decidió colocación de prótesis vía endoscópica. Tras ello, desarrolló una fístula esófago-bronquial, tratada endoscópicamente con cianoacrilato en varias sesiones.

Ingresa en digestivo en febrero de 2019 procedente de urgencias por disfagia de reciente aparición, vómitos, sialorrea y tos con expectoración marronácea. No asocia fiebre, hemoptisis o dolor torácico. Exploración física y analítica sin hallazgos destacables. Se realiza TAC de tórax con contraste, identificándose colección paraesofágica derecha con nivel hidroaéreo de 21x14 mm proximal a hiato esofágico que comunica con la luz del mismo (Figura 1). A nivel pulmonar, cambios compatibles con múltiples broncoaspiraciones.

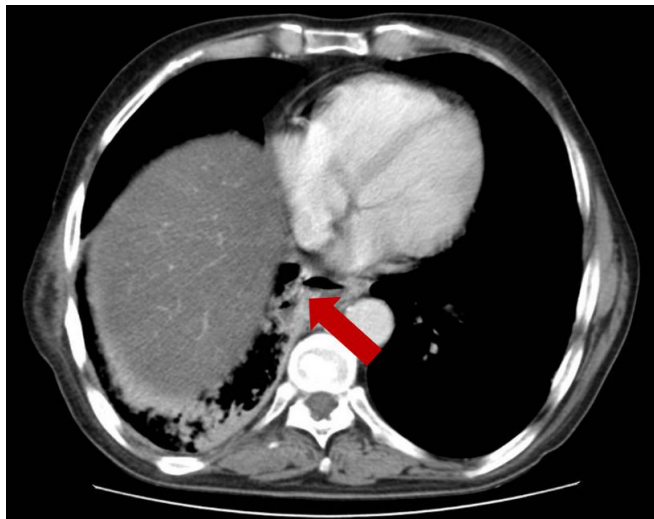


Figura 1

TAC de tórax con contraste. Colección paraesofágica derecha con nivel hidroaéreo de 21x14mm proximal a hiato esofágico.

Se solicita tránsito con gastrografín, donde se aprecia salida del contraste hacia el árbol bronquial desde tercio distal del esófago, confirmando el hallazgo de fístula esófago-bronquial a nivel posterolateral derecho (Figura 2).

Tras interconsulta con cirugía, se opta por abordaje endoscópico, observándose a 32cm de arcada dentaria una cavidad con varios orificios fistulosos y extravasación de contraste a vía aérea (Figuras 3 y 4). Se decide implantar provisionalmente prótesis metálica autoexpandible, a la espera de tratamiento definitivo con Eso-SPONGE.

Tras la intervención el paciente presenta una evolución favorable, con buena tolerancia oral, siendo dado de alta con TAC de tórax de control.

Discusión

El manejo de las fístulas esófago-bronquiales ha sido tradicionalmente quirúrgico. Sin embargo, son cirugías complejas, no exentas de complicaciones y con tasas de mortalidad que rondan el 15%. Esto ha llevado al desarrollo de métodos terapéuticos menos invasivos como la endoscopia, que además de una menor tasa de morbimortalidad, y mejor tolerabilidad por el paciente, tienen un coste inferior. Entre los tratamientos endoscópicos encontramos el uso de pegamentos biológicos, hemoclips y la colocación de

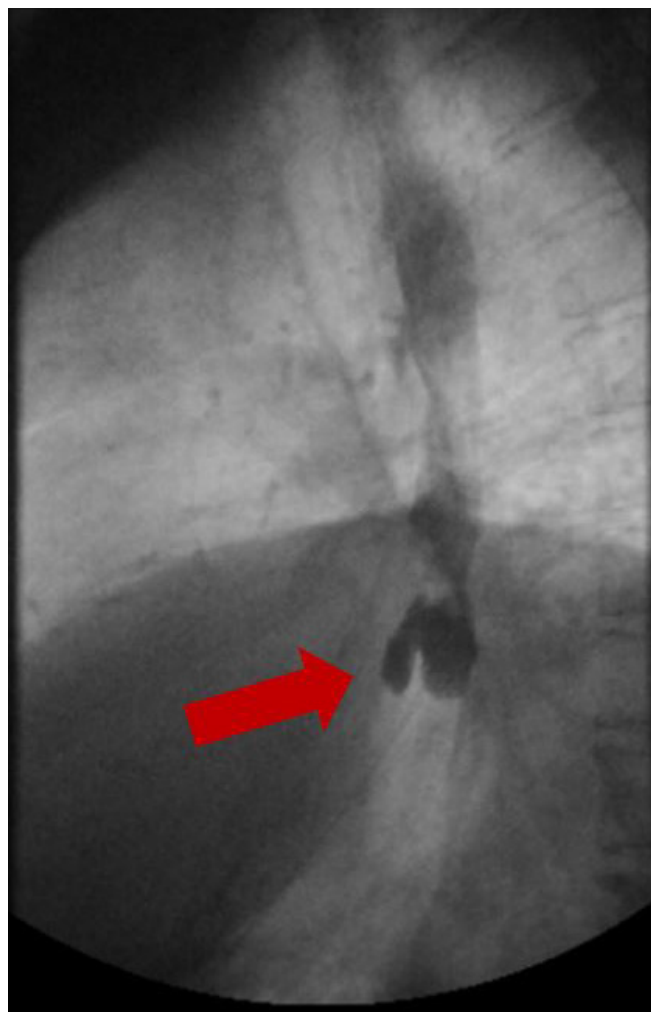


Figura 2

Tránsito esofagogástrico con gastrografín. Salida de contraste hacia el árbol bronquial, confirmando fístula esófago-bronquial.



Figura 3

Imagen endoscópica. Cavidad con varios orificios fistulosos.

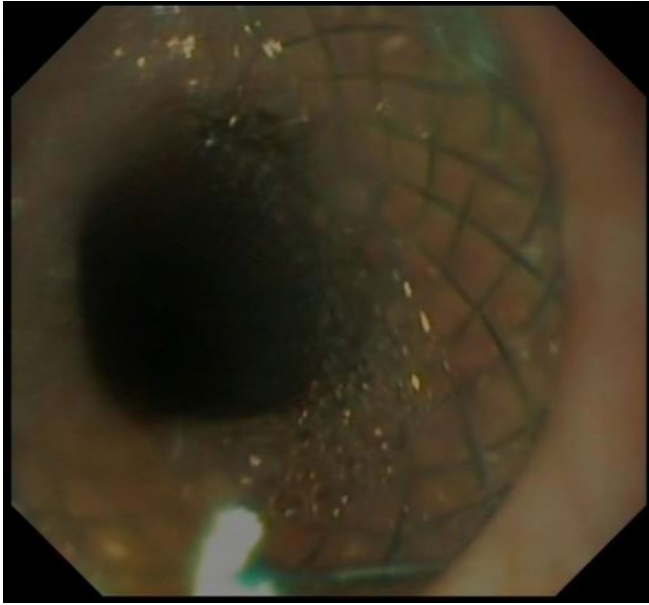


Figura 4
Imagen endoscópica. Prótesis metálica autoexpandible.

prótesis autoexpandibles. Todo ello hará que presumiblemente, el tratamiento endoscópico sea de elección para el manejo de estos pacientes en un futuro próximo.

CP-025. TRIPLE PRESENTACIÓN APENDICULAR ENDOSCÓPICA.

CARNERERO RODRÍGUEZ JA¹, RODRÍGUEZ MONCADA R², RIVAS RIVAS M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA. VEJER DE LA FRONTERA. CÁDIZ.
²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA

Introducción

La triplicación del apéndice vermiforme es una entidad extremadamente rara, con tan solo dos casos descritos previamente en la literatura. A diferencia de la duplicación apendicular, no existe una clasificación válida como la de Cave-Wallbridge y su reconocimiento es muy limitado.

Caso clínico

Mujer de 55 años sin antecedentes personales ni familiares relevantes. Se indica endoscopia digestiva baja por test inmunológico de sangre oculta en heces positivo, solicitado como cribado poblacional de cáncer colorrectal.

Se realiza colonoscopia con ileoscopia terminal. En la base del ciego se identifican tres pequeñas hendiduras independientes con forma

semilunar, que dan un aspecto digitiforme al polo cecal (**Figura 1**). No se observan otras anomalías en el resto de la exploración. Dado el estado asintomático de la paciente, no se llevan a cabo otros estudios complementarios que apoyen la sospecha endoscópica.



Figura 1

Discusión

La triple presentación apendicular es excepcional, pudiendo estar asociada a anomalías congénitas genitourinarias tales como ectopia vesical o doble pene. Su importancia médica y legal radica en la posibilidad de presentar procesos inflamatorios sincrónicos y metacrónicos, que conduzcan a errores diagnósticos y terapéuticos. El diagnóstico de certeza es histopatológico, debiendo implementar la capacidad endoscópica para sospechar esta variante anatómica de la normalidad.

CP-026. ÚLCERA RECTAL SOLITARIA ENFERMEDAD DE "LAS TRES MENTIRAS"

BERLANGA CAÑETE S, MARTÍNEZ BURGOS M, PALOMINO LUQUE P, ANGULO MCGRATH I

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA

Introducción

El síndrome de úlcera rectal solitaria (SRUS) es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida, que se presenta en jóvenes y se caracteriza por rectorragia, dolor abdominal, tenesmo rectal, y prolapso rectal por isquemia.

Caso clínico

Mujer 45 años. Presenta rectorragia y shock. En colonoscopia: úlcera rectal solitaria con sangrado activo, procediéndose a

fulguración con argón. Nuevo episodio de rectorragia a las 48 horas, realizándose rectoscopia: úlcera rectal con vaso visible y sangrado activo en babeo, subsidiario de terapéutica endoscópica con adrenalina 1:10.000 + colocación de 3 hemoclips + Endoloop. Se completa estudio con ileocolonoscopia, EDA y VCE que descartan otras lesiones. A las 72 horas tercer episodio de rectorragia + shock, en angioTC urgente: sangre en ampolla rectal sin punto de sangrado subsidiario de embolización. Dado el fracaso de segunda terapéutica endoscópica y terapia vascular, se decide actitud quirúrgica con resección de úlcera rectal en bloque y sutura, con éxito.

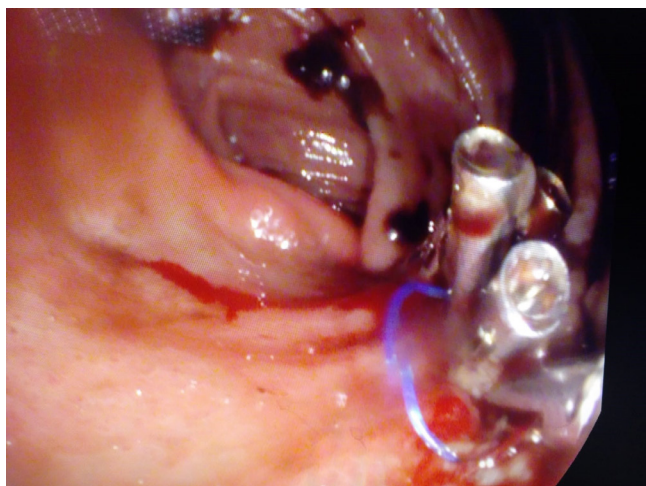


Figura 1 Imagen endoscópica. Úlcera con clips.



Figura 2 Imagen endoscópica. Úlcera.

Discusión

La SRUS se ha relacionado con problemas de la coordinación, motilidad y elasticidad de la mucosa de colon. Endoscópicamente, puede presentar diferentes aspectos, úlcera, única o múltiple,

mucosa enrojecida o lesión polipoide. El manejo suele ser inicialmente conservador, con medidas dietéticas (fibra) y fármacos tópicos (antiinflamatorios, salicilatos, sucralfato). La endoscopia juega un papel determinante en el diagnóstico y en la terapéutica inicial. A pesar de ello, al no resolverse los mecanismos implicados en la patogenia de la úlcera, la única terapéutica eficaz es la cirugía.

CP-027. VARÓN DE SEIS AÑOS CON HUESO DE CODORNIZ EN ESÓFAGO PROXIMAL

RUIZ RODRÍGUEZ AJ, GARCÍA MÁRQUEZ J, CABALLERO MATEOS AM

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Introducción

La ingestión de cuerpos extraños constituye la segunda urgencia endoscópica más frecuente afectando en el 80% de las veces a niños. En el caso de objetos cortantes o punzantes que se encuentran en el esófago se recomienda la extracción en las primeras seis horas.

Caso clínico

Varón de 6 años con antecedentes de insuficiencia mitral y sin alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. Acude a Urgencias derivado por un vómito con restos hemáticos y sensación de cuerpo extraño en tercio superior de esófago desde hace cuatro horas. Familia reconoce ingesta de caldo con huesos de codorniz hace cuatro horas, y la posibilidad de que hubiera ingerido algún hueso.

En Urgencias de pediatría se le realiza radiografía cervical lateral (**Figura 1**) donde se observa posible cuerpo extraño de densidad hueso a nivel de columna cervical C7. A continuación se avisa a otorrinolaringólogo de guardia que realiza fibroscopia flexible observando eritema a nivel aritenoides con edema mucoso. Se prosigue realizando tomografía axial cérvico-torácica (**Figuras 2 y 3**) que informa de cuerpo extraño de densidad hueso enclavado a nivel de vértebras C6-C7 en tercio superior esofágico, sin que se observen claras burbujas ni aéreas extraluminales que sugieran perforación.

El paciente es derivado a quirófano donde se realiza con soporte de anestesia endoscopia digestiva alta (**Figura 4**) en la que se observa justo al sobrepasar boca de Killian un cuerpo extraño con forma triangular compatible con hueso de 2,5x2 cm alojado en cavidad esofágica. Tras diversos intentos de extracción con pinza de polipectomía, se extrae de forma íntegra finalmente con tracción con pinza cocodrilo. A continuación se vuelve a introducir endoscopio progresándose hasta cavidad gástrica, sin observar otros restos de hueso. En retirada se observa pequeña área eritematosa y friable en región superior de esófago compatible con lesión por decúbito, sin sangrado activo. El paciente tras 24 horas de observación hospitalaria, y tras descartar complicaciones endoscópicas es dado de alta hospitalaria.



Figura 1
Imagen endoscópica. Úlcera con clips.

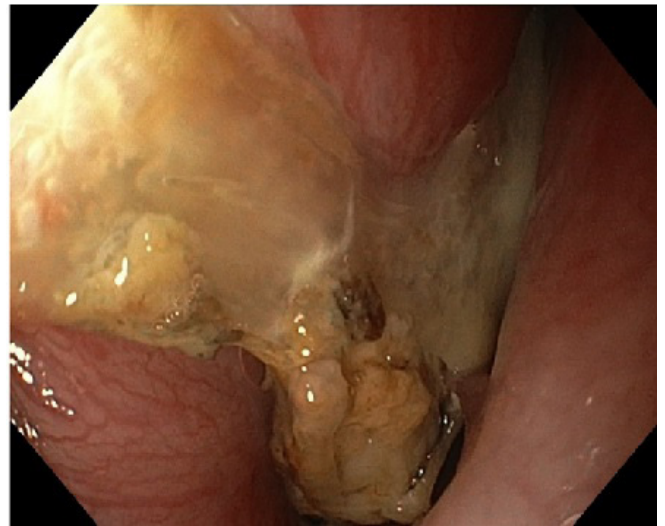


Figura 4
Imagen endoscópica del hueso de codorniz enclavado.

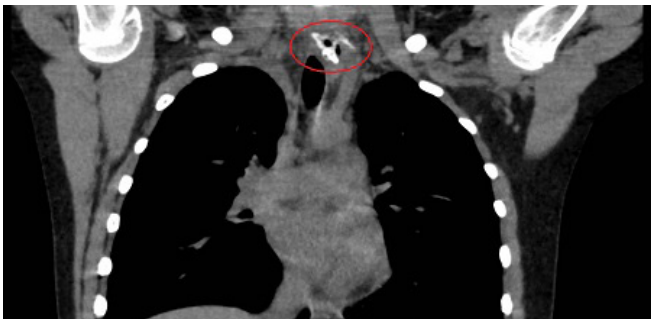


Figura 2
Imagen endoscópica. Úlcera con clips.



Figura 5
Hueso de codorniz tras extracción endoscópica.

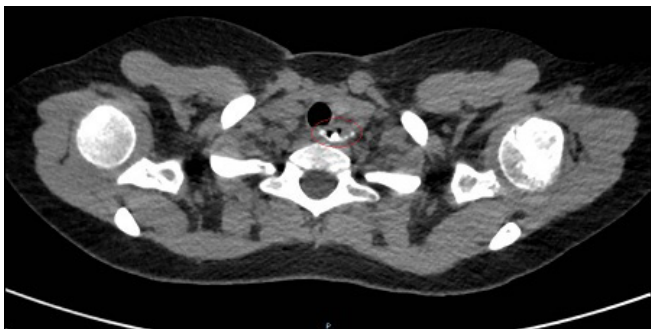


Figura 3
Imagen endoscópica. Úlcera con clips.

Discusión

En este caso fue fundamental realizar la endoscopia con soporte anestésico, debido a que por la edad del paciente y la localización del cuerpo extraño había un elevado riesgo de que se desviara hacia la vía aérea. El uso de la pinza cocodrilo nos proporcionó el agarre adecuado para poder extraerlo con la fuerza y seguridad necesaria sin que perforara la pared esofágica.

CP-028. VIH Y PSEUDODIVERTICULOSIS INTRAMURAL ESOFÁGICA

BOCANEGRA VINIEGRA M, MUÑOZ NÚÑEZ M, OLVERA MUÑOZ R

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. CÁDIZ

Introducción

La pseudodiverticulosis intramural esofágica es una rara enfermedad benigna del esófago caracterizada por la presencia de múltiples orificios de distribución difusa. Se asocia a estenosis esofágicas en el 79-90%. Su etiopatogenia está en relación con hipertrofia de las glándulas mucíparas submucosas, con dilatación quística de sus conductos de excreción, y por tanto no es una verdadera diverticulosis. Este proceso adenomatoso glandular se acompaña de trastornos funcionales mio-neurovasculares parietales y en ocasiones con estenosis esofágicas por fibrosis parietal submucosa, tanto en esófago proximal como distal. La EIPD está asociado con diversos factores de riesgo: diabetes mellitus, la candidiasis esofágica, el consumo de alcohol, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el cáncer. La asociación de EIP con el VIH es rara.

Caso clínico

Varón 53 años. Ex ADV PAP. Fumador de un paquete al día. VIH con buen control virológico. Cirrosis VHC tratado con RVS. Tratamiento con rezolsta y tivicay. Presenta clínica de disfagia de años de evolución. Se realiza gastroscopia identificándose estenosis infranqueable a 20 cm de arcada dentaria y numerosos orificios milimétricos adyacentes compatibles con EIPD. Se tomaron biopsias de distintos tramos del esófago: descartándose infiltración de la mucosa por eosinófilos, células neoplásicas, infección candidas, CMV, VHS y tuberculosis. Ante patología benigna sintomática se inicia tratamiento empírico con IBP, antifúngicos y se procede a dilatación endoscópica con balón, identificando otra estenosis en esófago distal.

Paciente presenta mínima mejoría por lo que se procede a nuevas sesiones de dilatación. En la décima sesión se identifica fístula esofagobronquial, realizándose TAC tórax y EGD que confirma sospecha diagnóstica de iatrogenia. Tras valoración de caso con cirugía general y torácica se decide tratamiento conservador con antibioterapia y nutrición parenteral, pero dado la nula de colaboración del paciente (realiza ingesta oral a pesar de la indicaciones) presenta evolución tórpida con infección respiratoria y exitus.

Discusión

El alcoholismo crónico, la diabetes mellitus, la candidiasis esofágica y la enfermedad por reflujo se relacionan con la EIP. Revisando en la literatura no está descrita una relación entre esta entidad y una enfermedad inmunológica subyacente, ya que los casos informados en pacientes con VIH son extremadamente raros. La terapia más usada consiste en el tratamiento de la inflamación esofágica y las condiciones concomitantes con EIP. En pacientes con

estenosis esofágica, la dilatación endoscópica reduce los síntomas. Sin embargo no producen la regresión de la pseudodiverticulosis y puede ser necesaria la dilatación repetida con el consiguiente aumento de riesgo de iatrogenia.



Figura 1

Gastroscopia. Se identifican múltiples orificios en la mucosa esofágica compatible con pseudodiverticulosis intramural esofagica.

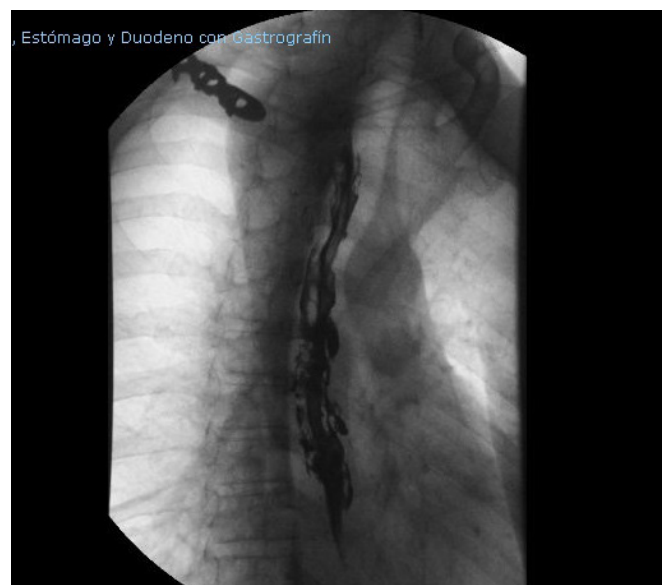


Figura 2

Esófagograma. Tras toma de contraste ora relleno de pseudodivertículos, imágenes saculares.

CP-029. VÓMITOS EN POSOS DE CAFÉ Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL

NAVAJAS HERNÁNDEZ P, APARCERO LÓPEZ R, HERGUETA DELGADO P, RODRÍGUEZ TÉLLEZ M, DEL PINO BELLIDO P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

El melanoma gástrico primario es un tumor excepcional, con menos de veinte casos confirmados, ya que su origen no está totalmente claro al no estar demostrada la presencia de melanocitos en el estómago. Dentro de los melanomas, el 95% son cutáneos y el resto se encuentran en leptomeninges, ojos y en las mucosas. El diagnóstico diferencial entre un melanoma primario de mucosas, de uno metastásico en el tubo digestivo será: a) que se trate de una lesión solitaria, b) que haya ausencia de lesión metastásica en otros órganos (aunque al tiempo podrá producir metástasis), c) presencia de lesión precursora o melanosis histológica y d) un periodo de supervivencia libre de enfermedad de menos de 12 meses tras el diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 63 años que acude a Urgencias por vómitos en posos de café junto a gran astenia y pérdida de 3k K de peso, molestias abdominales de meses de evolución sin relación clara con las comidas y febrícula de hasta 37,5 grados días alternos. En Urgencias analítica de sangre con hemoglobina de 4,9 por lo que se transfunden tres concentrados de hematíes y gastroscopia con hallazgos de "dos lesiones neoforativas en cara anterior y posterior del estómago de fondo sarnoso que sugieren aspecto linfomatoso" tomándose biopsias. Estudios de extensión (TAC, PET TAC, RMN cráneo) evidencian extensión metastásica en pulmón, cerebelo, cadena ganglionar mamaria e implantes peritoneales. Resultados de biopsia compatible con "metástasis de melanoma" (positividad para HMB45, MelanA, SOX-10 pero mutación V600E del gen BRAF no detectada) para lo cual se interconsulta con Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología no encontrando lesiones sospechosas de melanoma. Intento de tratamiento con radioterapia y pembrolizumab sin resultados. Fallece al cabo de tres meses.

Discusión

Ante los hallazgos de la biopsia es necesario realizar una búsqueda exhaustiva de melanoma cutáneo, ya que dentro de los melanomas mucosos del tubo digestivo, la mayoría son metástasis de un melanoma cutáneo. En el caso de la paciente, no pudo encontrarse lesiones sospechosas de malignidad en el resto del cuerpo, por lo que consideramos el melanoma gástrico de ésta como primario. En el tratamiento, no existe un protocolo determinado, será el mismo que el de la enfermedad metastásica: dependiendo sobre todo, de la determinación de la mutación V600E con la opción de inmunoterapia.

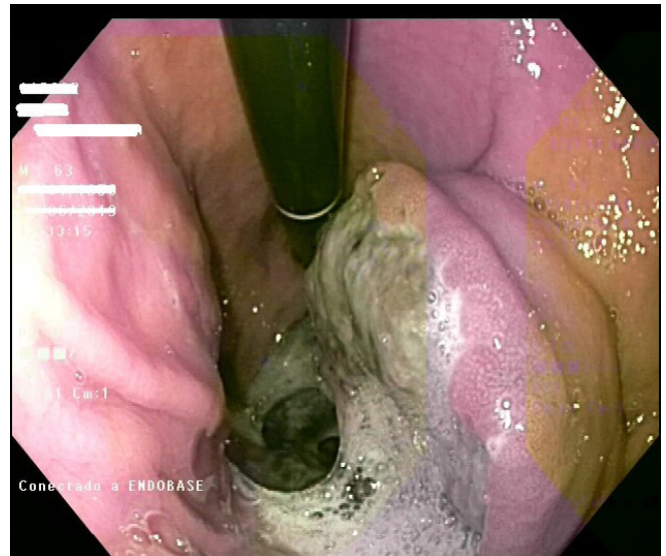


Figura 1

Primera gastroscopia. Hallazgos de dos grandes lesiones ulceradas tanto en cara anterior como posterior del estómago de unos 8-10 cm de fondo sarnoso, que sugieren un proceso linfomatoso. Se toman biopsias.

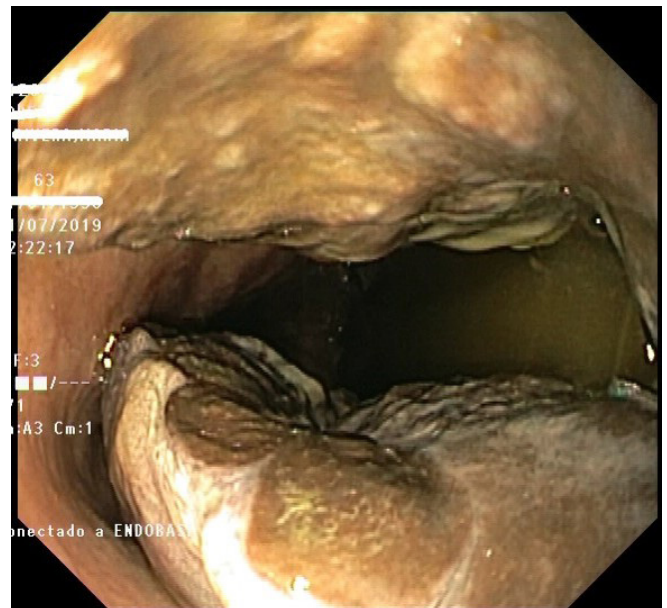


Figura 2

Segunda gastroscopia. Dada la mala evolución de la paciente se realiza segunda EDA con hallazgos de dos grandes neoforaciones oscuras-parduzcas a nivel de cuerpo y fundus que se biopsian.

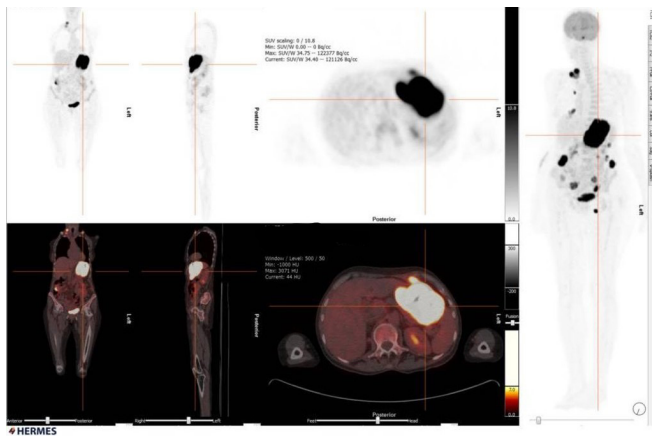


Figura 3

PET TAC. Captación hipermetabólica de tres nódulos pulmonares, cadena mamaria ganglionar derecha, implantes peritoneales múltiples, dos lesiones patológicas en cerebelo. Todo ello sugestivo de malignidad.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA HÍGADO

CP-030. A PROPÓSITO DE UN CASO: HEPATOCARCINOMA METASTÁSICO PULMONAR.

MÍNGUEZ CORTÉS JM¹, ACOSTA BAZAGA E²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA. MÁLAGA. ²SERVICIO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA

Introducción

El hepatocarcinoma (HCC) aparece en pacientes con antecedentes de hepatitis crónica B, C o cirrosis. En trasplantados hepáticos, existe riesgo de desarrollo de nuevas neoplasias debido al estado de inmunosupresión y de desarrollo de HCC si lo presentaba previo a la realización del mismo.

Caso clínico

Paciente de 65 años, trasplantado hace cinco años por cirrosis hepática enólica, sin antecedente previo de HCC y, que tras el trasplante presenta historia de diabetes y carcinomas basocelulares. Es remitido a consulta de Neumología para estudio de adenopatías sugestivas de proceso neoplásico. En TAC se confirma la presencia de adenopatías hiliares bilaterales, un nódulo espiculado en LSD y múltiples imágenes nodulares sugestivas de metástasis, sospechando como primera opción una neoplasia

pulmonar primitiva vs linfoma en paciente inmunodeprimido. En PET se confirman los hallazgos del TAC, sin aparecer captaciones patológicas a otros niveles. Se realiza fibrobroncoscopia diagnóstica, confirmándose en la biopsia bronquial grupos celulares atípicos con morfología e inmunofenotipo compatible con metástasis de hepatocarcinoma (Hep Par 1(+), Glypican (+), CD34 (+) en sinusoides y TTF1 (-)).

Discusión

El riesgo de padecer una neoplasia de novo en un trasplantado es de 2 a 4 veces mayor que en la población general, afectando al 2-16% de los pacientes. Una de las razones para este aumento de la incidencia es el uso a largo plazo de los medicamentos inmunosupresores. Los fumadores tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de pulmón y cáncer de orofaringe, mientras que la tasa de cáncer de colon se incrementa en los pacientes sometidos a trasplante por una CEP. Los trastornos linfoproliferativos son el segundo tumor maligno más frecuente en el trasplante de órganos sólidos. Los cánceres de piel son los más comunes tras el trasplante, representando casi la mitad de todos los tumores. La recidiva del HCC postrasplante oscila entre el 8-20%. La mayor parte de las recidivas se dan los 2 primeros años y un 20% a partir del tercer año. La recidiva se considera una enfermedad sistémica porque el nuevo hígado es sano. Los tumores bien o moderadamente diferenciados hacen las recidivas fundamentalmente en el hígado (el 20% de las recidivas son únicamente en el hígado), porque se adaptan mejor al microambiente del hígado, y los mal diferenciados fuera del hígado. La mayoría de ellas se diagnostican en estadios avanzados, a pesar del seguimiento estrecho de estos pacientes. Es inusual la aparición de HCC en pacientes sin diagnóstico previo pretrasplante.

CP-031. AMEBIASIS. MANIFESTACIÓN CLÍNICA SIMULTÁNEA INTESTINAL Y EXTRAINTestinal: COLITIS DISENTÉRICA Y AMEBOMA COMPLICADO CON PERITONITIS.

TORO ORTIZ JP, COBOS RODRÍGUEZ J, PINAZO BANDERA JM, GARCÍA ESCAÑO MD, ANDRADE BELLIDO RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

La Entamoeba histolytica es un parásito cuyo hospedador y reservorio principal es el ser humano, aunque pueda encontrarse también en otros animales. Su prevalencia es baja en países desarrollados y la transmisión es fecal-oral. Principalmente causa síndrome disintérico, aunque también puede producir amebiasis extraintestinal, cuya localización más frecuente es la hepática.

Caso clínico

Mujer de 64 años que acude a urgencias de nuestro centro por epigastralgia, fiebre y tiritona de 4 días de evolución. Durante el mes previo, experimentó síndrome diarreico (5-6 deposiciones