

## COMUNICACIONES VIDEOFORUMS SESIÓN VIDEOFORUM

### VF-01. CPRE TRANSGÁSTRICA A TRAVÉS DE LAPAROSCOPIA EN PACIENTE CON Y DE ROUX POR CIRUGÍA BARIÁTRICA

Rosado Bellido C, Martín Guerrero JM, Vallejo Vigo RM, Caetano Barrera IA, López Bueno I, Fernández García FJ, Bozada García JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

#### Introducción

El aumento de la prevalencia de obesidad en las últimas décadas se ha asociado a una mayor prevalencia de las cirugías bariátricas y una de las técnicas más comunes es el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB). El acceso a la vía biliar en pacientes con Y de Roux puede hacerse a través de una prótesis axios colocada al estómago excluido (EDGE), mediante enteroscopia, con asistencia por laparoscopia con acceso transgástrico o mediante acceso con prótesis percutánea.

#### Caso clínico

Mujer de 57 años con Y de Roux por cirugía bariátrica y vesícula in situ. Ingresa por cuadro de colangitis aguda. Se planteó CPRE mediante acceso transgástrico con ayuda laparoscópica con el objetivo de realizar además en el mismo acto colecistectomía. Una vez realizada colecistectomía a través de un puerto único y con ayuda de laparoscopia se realiza gastrostomía y acceso a cavidad gástrica. De esta manera se introduce duodenoscopio.

Previamente se introdujo una guía desde el conducto cístico hasta el duodeno transpapilar. La guía es capturada con pinzas de biopsias y sacada al exterior del canal de trabajo del duodenoscopio. Posteriormente se introduce a través



[Acceder al vídeo](#)

de la misma el esfinterotomo, se realiza esfinterotomía y papiloplastia hasta 15 mm. Se extraen así dos cálculos de 1 cm pero no se consigue extraer un tercero por mala posición del duodenoscopio. En las 48 horas siguientes se realiza colangioRNM de control y la paciente había expulsado el tercer cálculo de forma espontánea.

#### Discusión

La CPRE transgástrica por laparoscopia es una opción, aunque muy laboriosa y con consumo de tiempo y recursos, especialmente indicada en casos de colangitis aguda. Cuando no existe colangitis la CPRE mediante EDGE es la alternativa.

### VF-02. CPRE TRANSENTÉRICA A TRAVÉS DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL GASTROYEYUNAL

Viejo Almanzor A, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

#### Introducción

La estenosis duodenal secundaria a neoplasias de la encrucijada biliopáncreática son una complicación frecuente que pueden comprometer tanto la vía de alimentación por obstrucción al vaciamiento gástrico como dificultar el acceso endoscópico para la terapéutica biliar.

El uso de prótesis de aposición luminal (LAMS) permite crear anastomosis gastroentéricas para recuperar la nutrición vía oral y además pueden constituir una nueva vía de acceso para el intervencionismo biliar.

#### Caso clínico

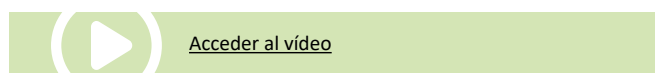
Mujer de 68 que consulta por cuadro de dolor abdominal, náuseas, vómitos y síndrome constitucional, siendo diagnosticada de adenocarcinoma de cabeza de páncreas localmente avanzado con estenosis parcial de la rodilla duodenal e ictericia obstructiva. Se realiza al diagnóstico una CPRE con colocación de prótesis biliar plástica y, tras presentar el caso en comité multidisciplinar, se decide tratamiento oncológico neoadyuvante con posterior reevaluación de reseccabilidad.

Comienza tratamiento quimioterápico, mantiene nutrición oral y enteral complementaria a través de sonda nasoyeyunal, presentando a los 4 meses vómitos de repetición y pérdida ponderal. Se reevalúa el caso evidenciando estenosis completa de la primera rodilla duodenal, y se decide realizar gastroyeyunostomía endoscópica para alimentación, con buen resultado.

A los 6 meses del diagnóstico, ingresa por sepsis de origen abdominal compatible con colangitis aguda por disfunción

de la prótesis biliar plástica, confirmándose además por pruebas de imagen progresión metastásica de la enfermedad.

Ante la imposibilidad del acceso duodenal por estenosis neoplásica, planteamos la realización de CPRE a través de gastroenteroanastomosis. Con gastroscopio terapéutico avanzamos a su través y, una vez localizada la vertiente duodenal, avanzamos de forma retrógrada hasta segunda porción duodenal donde localizamos la prótesis biliar plástica, retirándola con asa de alambre. Tras cateterizar la vía biliar con esfinterotomo sobre guía confirmando con colangiograma, colocamos una prótesis biliar metálica no recubierta de 80\*10mm que permitió adecuado drenaje biliar, resolviéndose el cuadro infeccioso. A pesar de ello, a las 3 semanas del procedimiento la paciente falleció por complicaciones tromboembólicas.



## Discusión

La realización de CPRE transentérica a través de LAMS supone una alternativa terapéutica segura y eficaz en paciente en los que no es posible el acceso duodenal convencional por cirugías previas o estenosis.

Es posible su realización en un solo paso, generalmente a través de anastomosis gastro-gástricas creadas para tal fin en pacientes con cirugías en Y de Roux, pero también se pueden realizar en pacientes que ya sean portadores de una gastroyeyunostomía para alimentación.

### VF-03. CARCINOMA PRECOZ DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE ESOFAGO TRATADO CON DISECCIÓN CIRCUNFERENCIAL DE ESOFAGO

Martin Guerrero JM<sup>1</sup>, García Ortiz JM<sup>2</sup>, García Fernández FJ<sup>3</sup>, Rosado Bellido C<sup>3</sup>, Vallejo Vigo RM<sup>3</sup>, Bozada García JM<sup>3</sup>

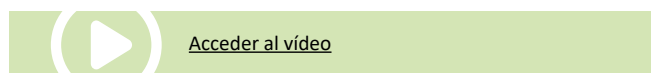
1SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. 2UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA. 3UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

## Introducción

La disección endoscópica submucosa (DES) permite reseca lesiones esofágicas precoces bien caracterizadas por cromosendoscopia virtual o de tinción y con factores de buen pronóstico permite evitar una esofagectomía, pero no está exenta de posible estenosis posterior de esófago que se puede manejar mediante dilataciones y también se han empleado corticoides locales o sistémicos.

## Caso clínico

Mujer de 58 años que consultó por disfagia. La endoscopia oral muestra una estenosis a 17 cm por una membrana esofágica que precisó dilatación y entre 24 a 30 cm presentaba una placa irregular blanquecina circunferencial discretamente sobreelevada. Se caracterizó esta lesión mediante ácido acético al 3% y con NBI con magnificación apreciándose una lesión compatible con un carcinoma precoz esofágico de células escamosas. Se completó estudio con ecoendoscopia y Tc de tórax y se catalogó como una lesión sin afectación de la muscular ni ganglios locoregionales por lo que se planteó DSE. Se realiza DSE circunferencial en nuestro centro que mostramos en el video, con Hybrid knife T en modo sonda y sistema Erbejet en 3 horas. Se administró prednisona oral en pauta descendente semanal como prevención de estenosis post DSE y Purastat al finalizar el procedimiento. La anatomía patológica de la lesión se informa como carcinoma de células escamosas pT1a. A las tres semanas postDSE presenta estenosis casi completa de la luz esofágica motivo por el que se ingresa para proceder a dilataciones con Savary hasta 8 mm en la primera sesión y corticoides intravenoso. Tras la 2ª Sesión de dilatación esofágica con balones CRE se consigue 12 mm y la paciente mejora sin disfagia y poniendo peso. Se ha realizado una 3ª sesión de dilatación hasta 12 mm de nuevo con balones CRE.



## Discusión

La DSE circunferencial esofágica permite reseca lesiones neoplásicas precoces y con criterios de buen pronóstico pueden evitar una esofagectomía. Esta técnica en cambio

esta lastrada con la posibilidad de estenosis esofágica postDSE, siendo los corticoides orales una opción para prevenir este evento. Entre las opciones preventivas de estenosis también se dispone de la posibilidad de aplicar purastat en la escara, inyección intralesional de corticoides o colocar prótesis esofágica preventiva. Optamos por uso de purastat tras el procedimiento y dilataciones si la paciente presentase estenosis posterior como así ha sido, con buena respuesta.

#### **VF-04. TÉCNICA DE DOBLE ASA PARA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES SUBEPITELIALES (LSE) DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR. TÉCNICA MODIFICADA PARA ENDOSCOPIOS DE UN CANAL**

**Romero Ordóñez M<sup>1</sup>, Fernández Cano FM<sup>1</sup>, Roson Rodríguez P<sup>2</sup>, Cotta Rebollo J<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

<sup>2</sup>UNIDAD ENDOSCOPIA HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

#### **Introducción**

En muchas ocasiones desconocemos la naturaleza de las LSE. Ésta se estima por los hallazgos ecoendoscópicos. Aunque dispongamos de diferentes técnicas para tomar biopsias, a veces la histología es incierta. La ESGE recomienda la resección de tumores del estroma gastrointestinal <20mm (GIST) y de LSEs con histología desconocida como alternativa al seguimiento. Presentamos una técnica para la resección de lesiones subepiteliales con uso de dos asas de polipectomía con endoscopio de un solo canal, y cierre con sistema over-the-scope clip (OTSC), como variante de la misma técnica con uso del endoscopio de doble canal.

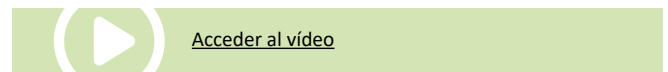
#### **Caso clínico**

Utilizamos endoscopio de un solo canal con capuchón recto acoplado en la punta. Se introduce un asa por el canal del trabajo y otra abrazando el capuchón, por fuera del endoscopio. Con el asa del canal se procede a la tracción de la lesión hacia la luz gástrica y con la exterior a la resección con diatermia por debajo del área de tracción para asegurar la resección completa. Tras la resección se procede al cierre del defecto con dispositivo OTSC. Presentamos el caso de un GIST gástrico, con resección completa, sin complicaciones ni recidiva posterior.

#### **Discusión**

Se trata de una técnica sencilla, rápida y accesible al precisar de endoscopio de un solo canal, segura al conseguir cierre del defecto mural, pudiendo aplicarse diferentes métodos de sutura.

Puede ser una alternativa a las técnicas actuales siempre que estemos capacitados para utilizar los diferentes métodos de cierre de defectos murales.



#### **VF-05. SUTURA MANUAL DE MUCOSOTOMIA ESOFÁGICA TRAS FALLO DE CIERRE PRIMARIO CON CLIPS TTS TRAS RESECCIÓN DE LESIÓN SUBEPITELIAL DE GRAN TAMAÑO.**

**Rosón PJ<sup>1</sup>, Cano FM<sup>1</sup>, Paris A<sup>1</sup>, Romero MA<sup>1</sup>, Vázquez L<sup>2</sup>, Palma Y<sup>1</sup>, Gallego F<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

<sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. <sup>3</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA.

#### **Introducción**

La técnica STER o resección por tunelización es una técnica segura y eficaz para reseccionar lesiones dependientes de la capa muscular que impliquen riesgo de perforación transmural, ya que el cierre de la mucosotomía ha demostrado más seguridad y menos complicaciones que el cierre directo del defecto.

Uno de los problemas es la limitación para las lesiones de mayor tamaño que a veces son difíciles de extraer por la mucosotomía. Presentamos el caso de una lesión muy voluminosa que tras su extracción no se pudo cerrar con técnicas "estándar".

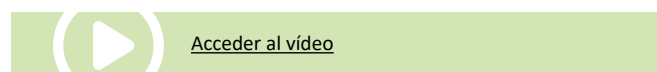
#### **Caso clínico**

Paciente mujer de 50 años, con leiomioma de unos 40 mm en el esófago medio sintomático, se decide resección endoscópica por tunelización ya que el tamaño estaba en el límite alto técnico, con lo cual si crecía más probablemente sería muy difícil de extraer.

Se realiza la técnica sin incidencias con una amplia apertura a mediastino anterior donde se visualiza la impronta traqueal.

Al ahora de extraer la lesión es imposible por la mucosotomía por lo que amplía esta lateralmente y finalmente se logra extraer. Se intenta cerrar la incisión mucosa con clips pero resulta imposible aproximar los bordes de forma correcta. Se decide retirar los clips colocados con pinza de cuerpo extraños y proceder a la sutura manual del defecto con el portaagujas endoscópico flexible.

Se usa hilo barbado de 3.0 y con 4 puntos se logra cerrar de forma competente el defecto. La paciente evoluciona sin incidencias y es alta 48 horas tras el procedimiento.



## Discusión

La sutura manual supone un enorme avance en la dirección correcta creemos para que el intervencionismo endoscópico pueda seguir creciendo de forma segura, y va a suponer un punto de inflexión en las técnicas de tercer espacio

### VF-06. F-TAMIS UNA NUEVA TÉCNICA PARA LA RESECCIÓN DE LESIONES COLORECTALES USANDO PLATAFORMA DE ACCESO TRANSANAL Y ENDOSCOPIA FLEXIBLE

Rosón P<sup>1</sup>, Cano FM<sup>1</sup>, Masegosa J<sup>1</sup>, Romero MA<sup>1</sup>, Paris A<sup>1</sup>, Palma Y<sup>1</sup>, Gallego F<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

<sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA.

## Introducción

La disección endoscópica es una técnica ya totalmente establecida en nuestro medio que además tiene unas indicaciones muy bien definidas, sobre todo en recto y en tubo digestivo superior. Conforme las técnicas endoscópicas avanzan, así como nuestro conocimiento de la fisiopatología de la neoplasia de recto. Hemos ido desarrollando aproximaciones cada vez más intervencionistas como la disección intermuscular para tratar lesiones invasoras

profundas de la submucosa. Conforme los Endoscopistas nos hacemos más intervencionistas y los cirujanos se hacen menos agresivos. Nuestros mundos. Se han ido aproximando hasta el punto de empezar a contar con plataformas híbridas que permiten utilizar lo mejor de ambos mundos para la resección de lesiones.

## Caso clínico

Presentamos el uso de la nueva plataforma de acceso transanal híbrida de Univec para realizar resección de lesiones colorectales utilizando material híbrido, tanto rígido como flexible. En el vídeo veremos las dos posibilidades de uso que existen utilizando bien dos endoscopios en paralelo o bien un endoscopio y material rígido de Laparoscopia, que se puede utilizar tanto para la tracción como para sutura del defecto final.

Esta plataforma de acceso transanal permite al contrario que las plataformas estándar utilizar un endoscopio para acceder al recto por el puerto que generalmente se utiliza para la óptica rígida, ya que, al disponer de un sello neumático, podremos mantener el Neumo recto estable durante las maniobras de resección, cosa que es imposible con otras plataformas y a la vez usándose la dos trocares de 5 y 10mm usar material rígido estándar

Creemos que el futuro desarrollo de nueva tecnología, híbrida y flexible redundará en un beneficio para los pacientes aunando lo mejor de los dos mundos para mejorar el resultado final del tratamiento.

