

## COMUNICACIONES PÓSTERES

### Área Endoscopia

#### CP-001. Z-POEM SIN TÚNEL PARA EL TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER. NUEVA VARIANTE TÉCNICA MÁS FÁCIL Y RÁPIDA.

Rosón PJ<sup>1</sup>, Paris A<sup>1</sup>, Cano FM<sup>1</sup>, Vázquez L<sup>2</sup>, Verdejo C<sup>1</sup>, Romero MA<sup>1</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

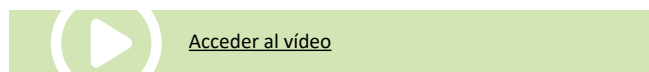
El Zenker es el divertículo esofágico más frecuente (70 %) constituye realmente un pseudodivertículo por hiperpresión mantenida en la zona hipofaríngea tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker es hoy en día probablemente, la técnica de elección para esta enfermedad, con resultados superponibles a las técnicas quirúrgicas, pero con menos estancia quirúrgica y complicaciones.

Se han descrito diferentes técnicas para realizarla, siendo las técnicas de tercer espacio probablemente la que se están imponiendo por tener, al menos la misma eficacia que la Septomiotomía clásica, pero con mayor seguridad, si bien es cierto que son técnicas complejas y que requieren una curva de aprendizaje.

Presentamos una nueva variación técnica del Z-poes, que es la realización de la misma sin túneles submucosos, creada con idea de disminuir la dificultad de la técnica y sus tiempos de realización manteniendo los beneficios de la misma.

#### Caso clínico: Técnica.

Se realiza mucosomía directa sobre el tabique del zenker y se comienza directamente a cortar el músculo cricofaríngeo sin crear ningún tipo de túnel submucoso. Es muy importante en esta técnica, inyectar muy bien a ambos lados del músculo cricofaríngeo para crear espacio suficiente para trabajar trabajar con seguridad sin tocar la mucosa. La técnica se continúa de la misma forma que el Z-POEM tradicional, seccionando completamente el tabique diverticular hasta más allá de la base del divertículo, al menos 1 cm por debajo de la base del mismo. Por último, se procede al cierre de la mucosotomía con clips TTS.



#### CP-002. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE POLIPOS COLORRECTALES NO PEDICULADOS GRANDES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Orozco Bernárdez-Zerpa MDLN, Otero López-Cubero S

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

#### Introducción

La Resección Mucosa Endoscópica (RME) es una de las técnicas más utilizadas para la resección de pólipos colorrectales no pediculados grandes (PCNPG). Entre sus dificultades destacan los riesgos del procedimiento y la posibilidad de resección incompleta. Por ello, la resección quirúrgica es todavía la primera opción terapéutica en muchos centros de nuestro entorno. Como ventajas, el tratamiento endoscópico de estas lesiones puede ser altamente efectivo si lo efectúa un endoscopista experimentado, evitando la necesidad de cirugía y sus posibles complicaciones.

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de la RME en los PCNPG.

#### Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de PCNPG (>30 milímetros) y con intención de tratar mediante RME en nuestra unidad de endoscopia desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2022. Se recopilieron 84 pacientes, la mayoría actualmente en seguimiento en nuestra Consulta de Alto Riesgo.

El criterio principal de valoración fue la tasa de resección completa, en una o más sesiones de polipectomía. Los criterios secundarios fueron la frecuencia y el tipo de

complicaciones derivadas de la técnica endoscópica, la necesidad de cirugía y la tasa de recurrencia en la colonoscopia de control a los 4-6 meses de la endoscopia terapéutica.

## Resultados

La edad media fue de 66 años, siendo el 57% varones y el 43% mujeres. El tamaño medio de los pólipos fue de 42,65 milímetros. La localización más frecuente fue colon derecho y la histología más común fue tubulovelloso. La resección completa se consiguió en 78 pacientes (93%). De estas, el 86% se lograron en la primera endoscopia. La media de endoscopias necesarias para conseguir la resección completa fue de 1,15. Hubo 6 pacientes (7%) en los que no se logró la resección completa, requiriendo cirugía, 2 de ellos por complicaciones hemorrágicas y 4 por resección incompleta.

Se realizó colonoscopia de seguimiento a 73 pacientes de los cuales 25 presentaron recurrencia (34%). El 97% de las recurrencias fueron manejadas endoscópicamente, consiguiendo una colonoscopia libre de enfermedad en 71 pacientes. Un paciente perdió seguimiento y otro precisó cirugía para control de la recurrencia. Ningún paciente presentó enfermedad a distancia en el seguimiento.

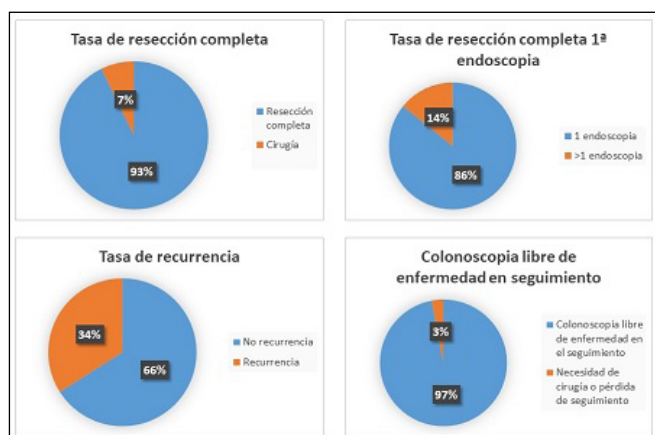


Figura 1. Gráficas.

Tasa de resección completa (N=84)	78 (93%)
Tasa de resección completa en 1ª endoscopia (N=78)	67 (86%)
Tasa de recurrencia (N=73)	25 (34%)
Colonoscopia libre de enfermedad en seguimiento (N=73)	71 (97%)

Tabla 1. Tabla analizadas.

## Conclusiones

La RME es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de los PCNPG dado que presenta una elevada tasa de resección completa y un reducido número de complicaciones, evitando procedimientos más invasivos como la cirugía. La tasa de recurrencia es significativa, sin embargo, se consigue la curación mediante endoscopia en la gran mayoría de los casos.

### CP-003. DISECCIÓN INTERMUSCULAR DE CARCINOMA PRECOZ DE RECTO CON AFECTACIÓN DE LINEA PECTINEA COMO ALTERNATIVA A AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

Martín Guerrero JM<sup>1</sup>, García Fernández FJ<sup>1</sup>, García Ortiz JM<sup>2</sup>, Bozada García JM<sup>1</sup>, Rosado Bellido C<sup>1</sup>, Agulleiro Beraza I<sup>1</sup>, Vallejo Vigo RM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA.

## Introducción

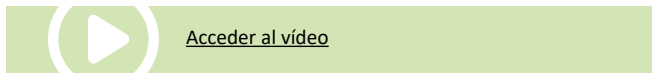
La disección endoscópica Intermuscular (DEI) podría ofrecer posibilidad de alcanzar R0 y por tanto resección oncológica en caso de lesiones avanzadas de recto con criterios endoscópicos avanzados como las lesiones caracterizadas como JNET 2b y si no hay otros factores histológicos desfavorables puede ser una alternativa válida frente a la amputación abdominoperineal.

## Caso clínico

Presentamos un caso de un paciente de 58 años sin comorbilidad importante que presenta una lesión rectal de 25 mm LSTNG JNET 2b que afecta al margen anal. Una RNM descarta ganglios afectados loco regionales y en principio la lesión no afecta la capa muscular. Se realiza por tanto una disección endoscópica intermuscular que se lleva a cabo con Hybrid knife T type en modo sonda y sistema Erbejet. En el video presentamos los momentos claves de la técnica. La lesión reseca se informa como adenocarcinoma G2, grado 1 de budding, sin afectación linfovascular y son afectación de 1294 micras, R0.

## Discusión

En este caso la DEI ha permitido reseca un cáncer de recto con factores de buen pronóstico salvo la invasión submucosa que en los últimos metaanálisis debe dejar de considerarse per se como factor de mal pronóstico. En este caso este paciente se puede beneficiar de un seguimiento estrecho y evitar una amputación abdomino perineal.



## CP-004. ANÁLISIS DE RME EN H.U.JAÉN

**Martín Marcuartu P, Rebertos Costela E, Rubio Mateos J, Ruíz Arias N, Ojeda Hinojosa M**

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

### Introducción

Las lesiones de extensión lateral (LST) son lesiones de más de 10mm que en ocasiones van a requerir resecciones mucosas (RME) e incluso disección submucosa según el tamaño y los signos endoscópicos de invasión profunda.

La RME ha conseguido consolidarse como alternativa a la cirugía para neoplasias superficiales. A veces pueden ser dificultosas dependiendo de la localización, tamaño o morfología de la lesión.

Durante la RME pueden aparecer complicaciones que en su mayoría se podrán solventar endoscópicamente pero que en casos graves o refractarios podrán requerir actitud quirúrgica.

Este estudio tiene el objetivo de describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con LST sometidos a RME en nuestro centro, así como las complicaciones peri y postintervención y la recidiva en la endoscopia de control.

### Material y métodos

Estudio observacional descriptivo. Incluidos pacientes de Jaén sometidos a RME remitidos desde distintas unidades de endoscopia de la provincia.

Analizadas las características clínicas y demográficas, complicaciones presentadas y recidivas en endoscopia de control.

## Resultados

Analizados 49 pacientes con RME en el H.U.Jaén. 73'52% de hombres y 24'48% mujeres, con una media de 66'93 años.

La indicación más frecuente fue cribado de CCR. El 79'2% no tomaban antiagregantes, siendo el más frecuente fue el AAS (**Figura 1**). El 83'67% no tomaban anticoagulantes.

El 95'91% se sedó con Propofol con dosis media de 620'73mg. No presentaron efectos adversos a la sedación el 95'91%, presentando el resto bradicardia o desaturación (**Figura 2**).

El 71'43% presentaron un Boston mayor a 8, siendo el tiempo medio de procedimiento 80 minutos.

El tamaño medio de las lesiones fue 26'61mm, siendo el colon derecho y el patrón NICE 2 lo más frecuente.

En el 46'93% se realizó marcaje previo y el 59'19% se realizaron mediante underwater frente al 46'93% con inyección submucosa.

El 87'75% fueron resecciones completas y el 34'69% del total en bloque. Se coagularon los bordes de la escara en el 44'89% de los casos y se trataron los vasos en un 44'89%. En el 42'85% de los procedimientos se cerró la escara con hemoclips y hubo fallos en la resección en el 8'16% de los casos. Hubo un 12'24% de hemorragias intraprocedimiento sin registrarse ninguna perforación.

El hallazgo anatomopatológico más frecuente fue adenoma con DBG.

De los pacientes que se revisaron tras la resección recidivaron el 5'4%.

## Conclusiones

En nuestro análisis la RME se mostró como una técnica segura que permite evitar un procedimiento quirúrgico con baja tasa de recaída.

## CP-005. ANGIOTERAPIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO EN UN GIST GÁSTRICO SANGRANTE

**Boyeró Moreno P, Ortiz Moyano C, Romero Castro R, Rodríguez-Téllez M**

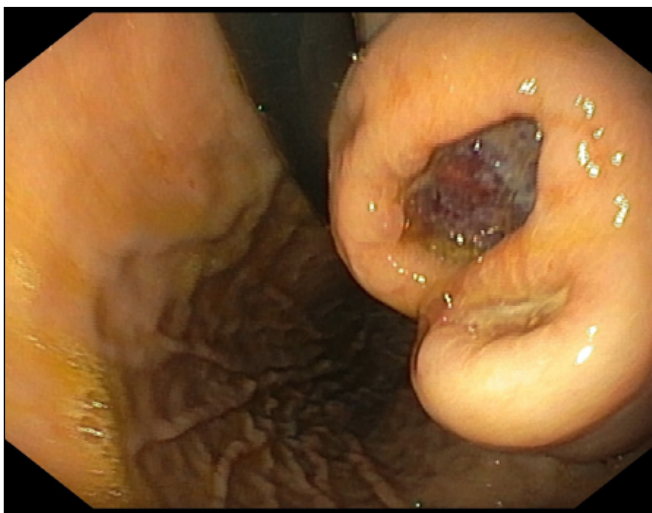
SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

## Introducción

La hemorragia digestiva es una presentación frecuente de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), siendo la terapia endoscópica ineficaz en muchas ocasiones. La angioterapia guiada por ecoendoscopia (Angio-USE) y su capacidad para acceder a estructuras vasculares la sitúan como una alternativa viable.

## Caso clínico

Mujer de 86 años, sin antecedentes relevantes, ingresa por melenas de 7 días de evolución con repercusión analítica (Hb 3.2 g/dl) sin repercusión hemodinámica. En gastroscopia urgente (**Figura 1**) se visualiza en curvatura menor lesión subepitelial de 40 mm con dos úlceras excavadas la mayor de 15 mm sin sangrado activo.

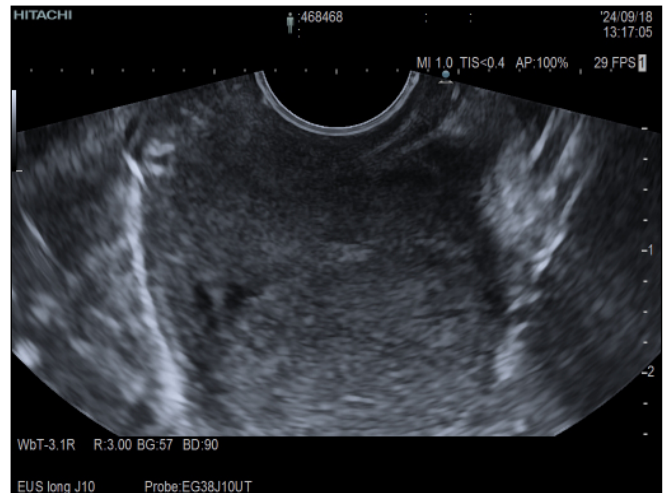


**Figura 1.** Gastroscopia urgente: se aprecia en curvatura menor lesión subepitelial con dos úlceras excavadas.

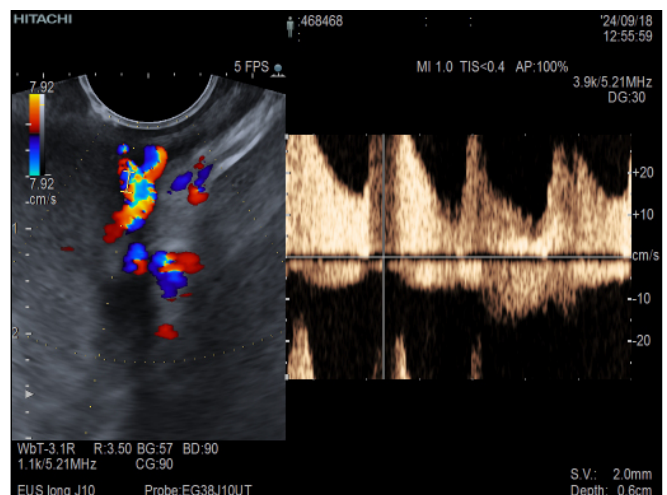
En TAC toraco-abdominal se confirma tumoración gástrica sólida compatible con GIST, observando tromboembolismo pulmonar. Solicitando ecoendoscopia (USE) para caracterización de la lesión y, ante la necesidad de iniciar terapia anticoagulante, tratamiento mediante angioterapia ecoguiada.

En USE se aprecia lesión hipocogénica de 50 mm que surge de la muscular propia, heterogénea con bordes definidos y áreas anecoicas (**Figura 2**). Con doppler se identificó un vaso dominante con pulso arterial y diámetro máximo de 3.9 mm (**Figura 3**), realizando en este angioterapia con aguja de 19G (**Figura 4**) e insertando coil 6 x 20 mm (**Figura 5**) con reducción progresiva del flujo sin complicaciones inmediatas.

Tras ello se inició heparina a dosis profilácticas en el mismo día y terapéuticas al día siguiente sin presentar sangrado ni inestabilidad hemodinámica.



**Figura 2.** USE: se aprecia lesión hipocogénica que surge de la muscular propia, heterogénea con bordes definidos y áreas anecoicas.

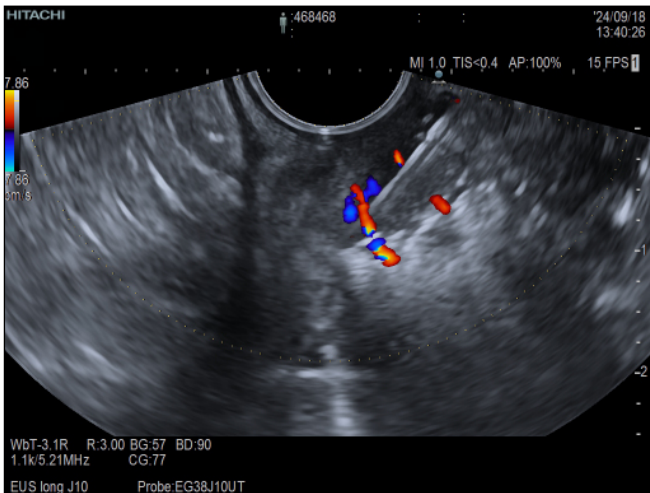


**Figura 3.** USE con doppler: se identifica vaso dominante con pulso arterial.

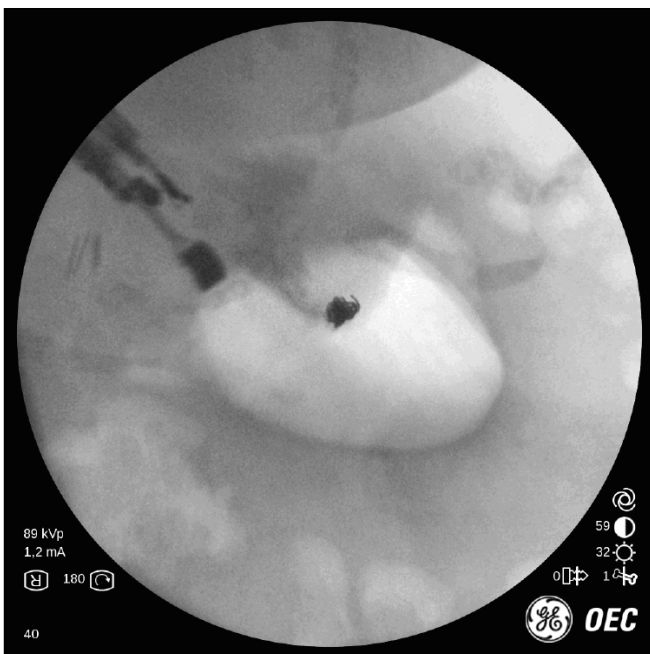
## Discusión

Aunque el tratamiento de elección en la hemorragia digestiva por GIST es la resección quirúrgica o la embolización radiológica, la terapia guiada por USE es una alternativa eficaz permitiendo identificar la vascularización intralesional, realizar terapéutica y ver su eficacia en tiempo real.

Si bien no se trataba de una hemorragia aguda, la necesidad de anticoagulación nos obligaba a tomar medidas terapéuticas. La Angio-USE + coils parece una técnica segura y eficaz para el tratamiento hemostático de estos tumores subepiteliales.



**Figura 4.** USE: se emplea una aguja de 19G para realizar la angioterapia.



**Figura 5.** Rayos X tras inserción de coil 6 x 20 mm.

## CP-006. FÍSTULA GASTROPLEURAL POSTQUIRÚRGICA TRATADA MEDIANTE SISTEMA DE SUTURA X-TACK.

García Ortiz JM, Herrera Martín P, Rincón Gatica A, Trigo Salado C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL QUIRONSAJUD SAGRADO CORAZÓN. SEVILLA.

### Introducción

Las fístulas postquirúrgicas constituyen una complicación grave en el caso de las cirugías oncológicas, provocando

un aumento significativo de la morbimortalidad, el gasto sanitario y la estancia hospitalaria.

Los diferentes sistemas de sutura endoscópica comercializados en los últimos años han ampliado el arsenal terapéutico para el tratamiento de estas complicaciones al permitir el cierre de defectos mucosos y transmurales.

El sistema X-Tack®, basado en la colocación de fijadores helicoidales, presenta entre sus ventajas su facilidad de uso y la posibilidad de utilización a través del canal de trabajo de un gastroscopio convencional.

### Caso clínico

Paciente de 65 años con adenocarcinoma mucinoso de colon intervenido hace 6 años, tras los cuales desarrolla una carcinomatosis peritoneal que se interviene quirúrgicamente. La cirugía incluye una gastrectomía atípica y esplenectomía. En el post-operatorio desarrolla hidroneumotórax refractario a tratamiento, y finalmente se objetiva la presencia de una fístula gastropleural mediante pruebas de imagen.

En el día +75 de ingreso, se realiza endoscópica digestiva alta en la que se identifica el defecto fistuloso gástrico, de unos 15 mm de diámetro. Se ablaiona la mucosa de los bordes del defecto mediante coagulación con argón plasma (APC) y se realiza sutura con sistema X-Tack®, utilizándose un total de 7 sistemas de fijación helicoidal, aproximando firmemente los bordes del orificio.

48 horas después se comprueba mediante TAC con contraste oral la estanqueidad de la sutura, mejorando progresivamente la sintomatología de la paciente, resolviéndose el hidroneumotórax y pudiendo recibir alta hospitalaria.



**Figura 1.** Defecto fistuloso en pared gástrica.



**Figura 2.** Ablación de la mucosa de los bordes con APC.



**Figura 3.** Cierre del defecto con sutura X-Tack.

## Discusión

Los defectos de pared y fístulas tras cirugía del tracto digestivo superior suponen un importante reto terapéutico, en el que la endoscopia permite evitar abordajes más agresivos. Como sucedió en este caso, el sistema de sutura endoscópica con sistema de fijación helicoidal X-Tack® puede ser efectivo en el tratamiento de estas complicaciones. El enfoque multidisciplinar y la adecuada selección de casos son importantes para optimizar las posibilidades de éxito.

## CP-007. EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL USO DE TÉCNICAS ACCESORIAS EN LA CANULACIÓN DE LA VÍA BILIAR; EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Molino Ruiz L, Mata Perdigón FJ, Bocanegra Viniegra M, Otero López-Cubero S

UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

### Introducción

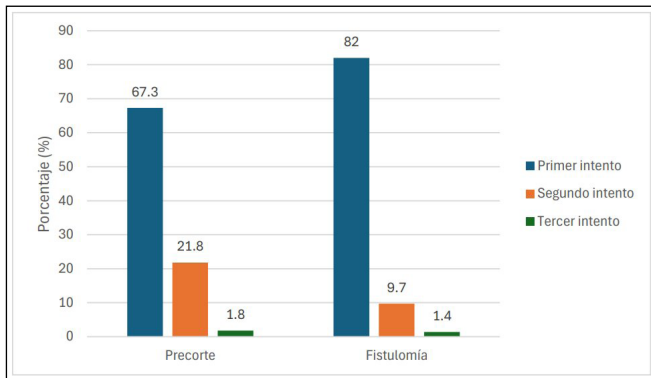
La canulación de la vía biliar en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede fallar hasta en un 20% de los casos mediante técnicas convencionales, aunque esta tasa puede reducirse a menos del 5% con el empleo de técnicas accesorias. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del uso precoz del precorte y la fistulotomía como técnicas accesorias en nuestro centro.

### Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se analizan las CPRE con técnicas accesorias realizadas en el Hospital Universitario Puerto Real entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Las técnicas accesorias empleadas fueron el precorte y la fistulotomía. El precorte se utilizó a la tercera canulación de la vía pancreática realizando una incisión en sentido ascendente desde la papila tras la colocación de una prótesis pancreática. La fistulotomía se usó tras fracaso de la canulación de la vía biliar o pancreática tras al menos 10 minutos, realizándose una incisión con esfinterotomo de cuchillo en el techo papilar sin tocar la papila. Se recogen las características de los pacientes, la indicación de la CPRE, la técnica de canulación y el éxito técnico, así como complicaciones asociadas.

### Resultados

Se realizaron 517 CPRE con papila nativa entre enero de 2022 y diciembre de 2023. En 127 pacientes (24,5%) se empleó alguna técnica accesoria para el acceso a la vía biliar. Las características de los pacientes se reflejan en la **tabla 1** y las indicaciones de la técnica en la tabla 2. De los 127 pacientes, en un 43,3% se realizó precorte y en un 56,7% fistulotomía. En los 55 pacientes en los que se realizó precorte, se logró acceso a la vía biliar en el 91% y en los 72 pacientes con fistulotomía el acceso biliar se consiguió en el 93% de los casos. En la **figura 1** se refleja el porcentaje de canulación biliar en función del número de intentos. Solo en el 9% de pacientes del grupo de precorte y en el 7% de fistulotomía no se logró acceso a la vía biliar precisando drenaje por radiología en el 3,6% y 4,2% respectivamente. Respecto a la seguridad de las técnicas, solo el 3,14% (4 pacientes) presentaron complicaciones: 1,57% pancreatitis, 0,78% hemorragia y 0,78% colangitis.



**Figura 1.** Porcentaje de canulación biliar en función del número de intentos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES	
Sexo, n (%)	
• Mujer	64 (50,4%)
• Hombre	63 (49,6%)
Edad [años], media (desviación estándar)	69 (± 13,8)
Dilatación de la vía biliar [mm], media (desviación estándar)	10,13 (± 4,6)
Colecistectomizados, n (%)	18 (14,2%)

**Tabla 1.** Características basales de los pacientes.

INDICACIÓN DE CPRE	n (%)
Colangitis aguda	41 (32,3%)
Coledocolitiasis	30 (23,6%)
Ictericia obstructiva por neoplasia de páncreas	23 (18,1%)
Ictericia obstructiva por colangiocarcinoma	12 (9,4%)
Ictericia obstructiva por compresión extrínseca por metástasis o similar	7 (5,5%)
Ictericia obstructiva no filiada	3 (2,4%)
Ictericia obstructiva por pancreatitis crónica	1 (0,8%)
Ampuloma	3 (2,4%)
Fuga postquirúrgica	1 (0,8%)
Otras	6 (4,7%)

**Tabla 2.** Indicaciones de la CPRE en las que se emplearon técnicas accesorias para la canulación biliar.

## Conclusiones

Las técnicas accesorias en endoscopistas experimentados permiten la canulación de la vía biliar cuando esta no se logra mediante técnica convencional con un alto porcentaje de éxito y con baja tasa de complicaciones.

## CP-008. EXTRACCIÓN MEDIANTE CPRE DE TEJIDO TUMORAL SECUNDARIO A INFILTRACIÓN DE LA VÍA BILIAR POR METÁSTASIS HEPÁTICA

Gijón Villanova R<sup>1</sup>, López Peña C<sup>1</sup>, Bailón Gaona C<sup>1</sup>, Barrientos Delgado A<sup>1</sup>, Berdugo Hurtado F<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL. MOTRIL, GRANADA.

## Introducción

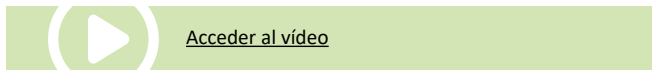
Los tumores biliares primarios son el origen principal de defectos de repleción tumorales en la vía biliar. Sin embargo, muchas otras entidades tanto benignas como malignas pueden imitar sus manifestaciones. La enfermedad metastásica con crecimiento intrabiliar debe incluirse en el diagnóstico diferencial, principalmente en un paciente con antecedentes de neoplasia.

## Caso clínico

Varón de 80 años, en seguimiento por Oncología Médica por adenocarcinoma de colon derecho intervenido mediante hemicolectomía derecha, estadio IV actualmente por infiltración mesentérica, adenopática y afectación metastásica en hígado. Ingresa en planta de hospitalización por clínica de ictericia obstructiva visualizando en Colangio-RMN posible molde de barro biliar, por lo que se programa para realización de CPRE. Se realiza CPRE, apreciando en la colangiografía dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con defecto de repleción distal elongado sugerente de barro biliar. Se realiza laparotomía sin complicaciones. Posteriormente mediante balón de Fogarty se extrae tejido de aspecto tumoral/necrótico localizado a nivel distal sin estenosis subyacente, sugerente de infiltración de la vía biliar de la metástasis conocida. Mediante cesta de Roth se recupera para estudio histológico. Además, se deja colocada prótesis metálica parcialmente recubierta para asegurar drenaje biliar.

## Discusión

El crecimiento intrabiliar en el carcinoma colorrectal metastásico es un hallazgo inusual que puede imitar clínicamente a la presencia de barro biliar o de un colangiocarcinoma. Esta situación clínica puede observarse hasta en el 40,6% de los casos, aunque solo en el 12% de los casos se trata de una afectación macroscópica. En más del 50% de los casos la infiltración afectaba a conductos biliares mayores, y adoptaba 2 posibles formas de crecimiento: 1) sustitución del epitelio biliar y 2) formación de "tapones" dentro de la luz biliar. En el caso que se presenta, el estudio histológico de los restos extraídos confirmó la presencia de focos de adenocarcinoma metastásico.



## CP-009. DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIÓN PANCREÁTICA POR ECOENDOSCOPIA (USE)

Hernani Álvarez JA, Campos Gonzaga L, Menacho Ordoñez S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

### Introducción

La principal indicación del drenaje endoscópico sigue siendo el drenaje de colecciones pancreáticas: pseudoquistes pancreáticos sintomáticos y la necrosis pancreática encapsulada. Otras situaciones menos comunes son la ictericia obstructiva maligna por estenosis bajas (cáncer de la cabeza del páncreas, colangiocarcinomas distales), la colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

El stent AXIOS LAMS es un stent metálico, autoexpandible, completamente recubierto (Figura 1) que crea un conducto transluminal seguro entre el tracto gastrointestinal y una cavidad vecina llena de líquido para facilitar el drenaje o crear una derivación. Su principal ventaja respecto a los stents tubulares (de plástico o metal) es su anclaje de lumen a lumen lo que impide/reduce la fuga del contenido además de un menor riesgo de migración.

### Caso clínico

Varón de 47 años con antecedentes de tabaquismo y enolismo, que ingresa por segundo episodio de pancreatitis aguda de probable origen enólico. Evolución tórpida con bacteriemia con aislamiento microbiológico en HC seriados de *S. Anginosus* y dolor abdominal no controlado con elevación mantenida de PCR >150 mg/dl. Realizado TC de abdomen a las dos y cuatro semanas del ingreso con imagen de colección pancreática de aspecto necrótico de 17 x 10 x 11 cm adyacente a cámara gástrica y organizada (Figura 2).

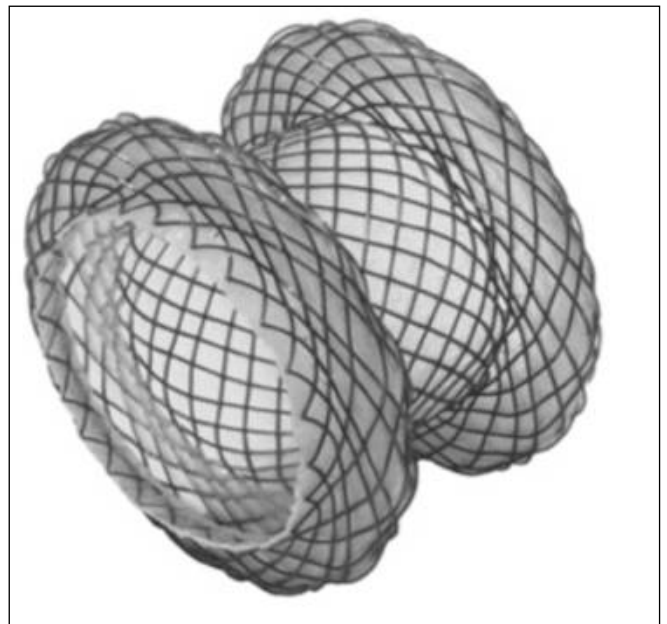


Figura 1. Stent HOT AXIOS de aposición luminal. Imagen cedida por Boston Scientific.



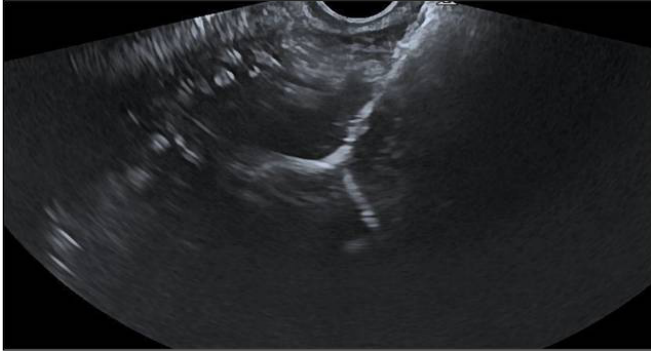
Figura 2. Colección peripancreática organizada.

Se decidió el drenaje endoscópico de la colección mediante USE con stent LAMS (Figura 3). Tras ello presentó una mejoría clínica significativa con PCR e inicio de dieta oral blanda a las 48 horas del drenaje.

### Discusión

El drenaje endoscópico por USE se considera como primera línea de tratamiento en las colecciones pancreáticas organizadas, por delante del drenaje radiológico y/o quirúrgico. Por otro lado, estaría contraindicado en colecciones no encapsuladas, lo cual suele suceder antes de las cuatro semanas de evolución; o en colecciones alejadas del tracto gastroduodenal (> 1,5 cm), o en colecciones con pseudoaneurisma vascular (drenaje radiológico sería la primera opción).

El stent AXIOS LAMS tiene diámetros de 15 x 10 mm y 20 x 10 mm para el drenaje de pseudoquistes y colecciones pancreática. En el caso de colecciones con mucho detritus es aconsejable el calibre de 20 mm dado que presenta mayor efectividad en el drenaje. Estos diámetros permiten el paso de un endoscopio convencional para realizar necrosectomía con asa fría.



**Figura 3.** Liberación del extremo proximal del stent LAMS por USE. Imagen en "balón de Rugby".



[Acceder al vídeo](#)

El éxito del tratamiento se define como resolución completa o disminución de tamaño significativa (hasta < 20 mm) junto al cese de síntomas

### **CP-010. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ILEAL CON ASA TRAS DILATACIÓN CON BALÓN**

**Jiménez Fernández B<sup>1</sup>, Silva Albarellos E<sup>1</sup>, Muñoz García-Borrueal M<sup>2</sup>, Rodríguez Téllez M<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. <sup>2</sup>UNIDAD ENDOSCOPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

## **Introducción**

Aunque la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos logran recorrer el tracto gastrointestinal hasta su expulsión sin incidencias, existen algunas zonas anatómicas en las que pueden detener su paso, como son el esófago, el píloro y la válvula ileocecal, aumentando la tasa de morbimortalidad hasta el 50%. La mayoría de guías de endoscopia digestiva abordan el manejo de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal superior, siendo limitada la bibliografía existente a nivel gastrointestinal bajo.

## **Caso clínico**

Varón de 69 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución. A la exploración, presenta signo de Blumberg positivo y analíticamente, leucocitosis con neutrofilia. Se solicita TAC de abdomen con contraste urgente donde se evidencia cuerpo extraño compatible con concha de almeja impactado en íleon terminal. Al reinterrogar al paciente, refería ingesta de paella 1 semana antes. Ante la ausencia de datos que indiquen intervención quirúrgica urgente, se decide extracción endoscópica.

Se realiza ileoscopia con colonoscopio de calibre convencional, objetivando en íleon distal una estenosis puntiforme de aspecto inflamatorio, no franqueable, procediéndose a dilatación con balón hidrostático de diámetro progresivo (10-11-12mm), consiguiendo sobrepasarla. Tras ésta, se objetiva concha de almeja impactada que se extrae con asa trenzada de 30mm sin complicaciones.



**Figura 1.** Mucosa inflamatoria a nivel de íleon distal.

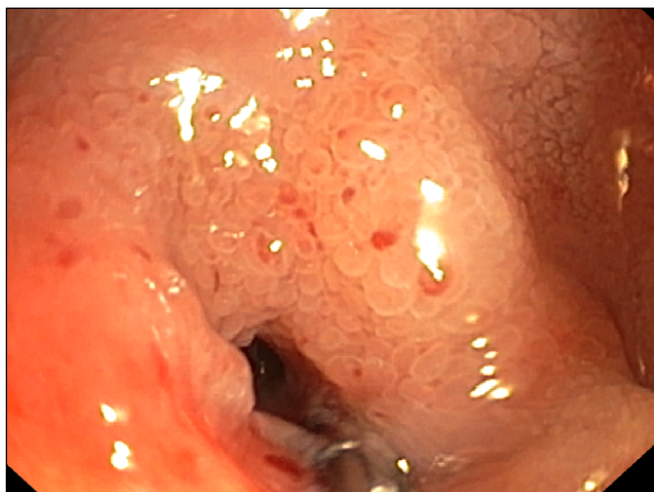


Figura 2. Segmento estenótico inflamatorio a nivel de íleon distal.

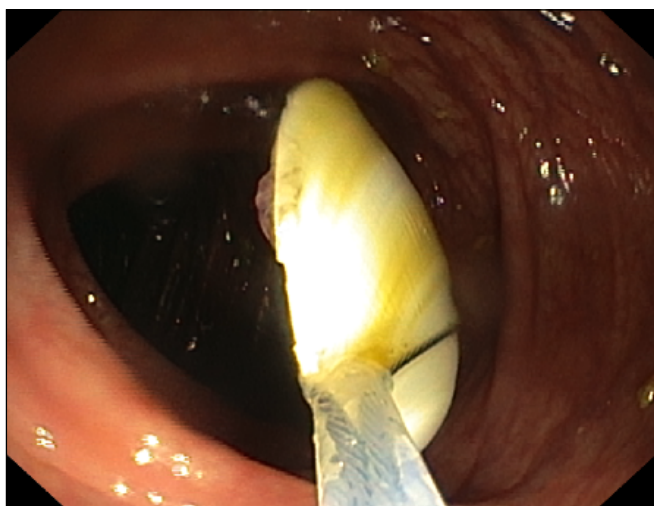


Figura 3. Cuerpo extraño (concha de almeja) atrapada con asa.

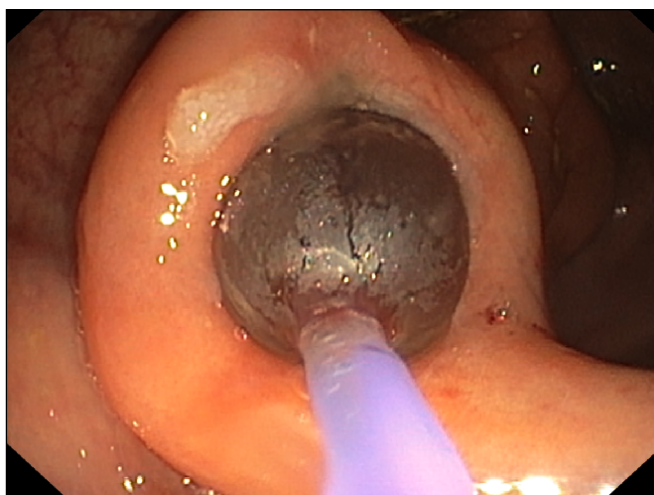


Figura 4. Dilatación con balón de segmento estenótico para extracción de cuerpo extraño.

## Discusión

Salvo que existan complicaciones que requieran intervención quirúrgica, el abordaje endoscópico en manos de endoscopista experto debe ser de elección, teniendo en cuenta la menor tasa de morbimortalidad y estancia hospitalaria con respecto a la opción quirúrgica, además de la posibilidad del estudio de la mucosa de cara al diagnóstico de patología subyacente. Para realizar el procedimiento de manera segura, es esencial conocer el cuerpo extraño, el material disponible y las posibles complicaciones secundarias, así como el manejo de las mismas, siendo las principales la hemorragia y la perforación (1-4%).

## CP-011. SÍNDROME DEL ASA AFERENTE: MANEJO CON AXIOS

Hernández Pérez AM, Saldaña García L, Sánchez Yagüe A, Rosales Zabal JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

## Introducción

La obstrucción del asa aferente es una complicación infrecuente tras la realización de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC). La causa más frecuente la enteropatía por radiación (37,5%) seguida de la recidiva tumoral (33%).

## Caso clínico

Paciente de 70 años diagnosticado de adenocarcinoma de cabeza de páncreas intervenido mediante DPC tipo Whipple con reconstrucción tipo Billroth II, presentado recidiva posterior con inicio de tratamiento quimioterápico. Acude a nuestro servicio por presentar colangitis de repetición y colestasis. Se realiza TC abdominal donde se objetiva la dilatación al asa aferente 2ª a la compresión extrínseca de la masa tumoral (Figura 1). Tras la valoración de pruebas de imagen y endoscópicas se considera la realización de una gastroenteroanastomosis endoscópica del asa aferente mediante colocación de una prótesis de aposición luminal (LAMS) (Video). Tras el procedimiento el paciente presenta mejoría progresiva de la colestasis y la tolerancia oral.

## Discusión

Existen múltiples alternativas al tratamiento de la obstrucción de un asa aferente cuya elección dependerá del estado general del paciente, el tipo de reconstrucción y la localización de la obstrucción. En aquellos pacientes con peor estado general optaremos por aquellas opciones menos invasivas.



Figura 1. Asa aferente.



[Acceder al vídeo](#)

La gastroenteroanastomosis endoscópica con colocación de LAMS cuenta con la ventaja de ser una técnica mínimamente invasiva, rápida y económica. Es especialmente interesante dicho abordaje en pacientes oncológicos con actitud de tratamiento paliativa, donde la búsqueda de la mejoría sintomática como la restauración del tránsito o evitar el paso por quirófano se antoja crucial.

## CP-012. DEBÚT ENDOSCÓPICO DE UNA HIPERINFESTACIÓN POR ASCARIS LUMBRICOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO RESISTENTE A ANTIPARASITARIOS CLÁSICOS.

Valdivia Krag C, Jiménez Recio L, Marín Pedrosa S, Zamora Olaya JM, Zamora Olaya JM, Ruíz Rodríguez AJ

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

### Introducción

La ascariasis es una parasitosis de distribución mundial, especialmente frecuente en países tropicales subdesarrollados con condiciones higiénicas y socioeconómicas desfavorables. El ciclo del parásito es entérico-neumoentérico y se inicia con la ingesta oral de los huevos.

### Caso clínico

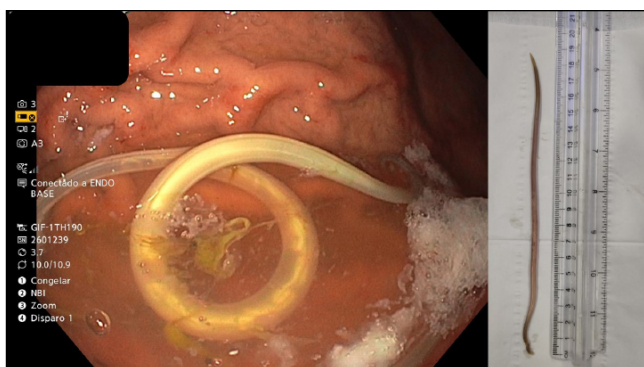
Varón de 44 años, natural de Senegal y residente en España desde hace 6 meses. Destaca antecedente personal de dolor abdominal recurrente y pérdida de peso desde hace años, con ingreso en cirugía general el mes previo por hallazgo en TC-abdominal compatible con diverticulitis duodenal con una colección con contenido hidroaéreo en probable relación con úlcera duodenal perforada contenida (Figura 1), presentando inicialmente una evolución clínica y radiológica favorable con manejo conservador con tratamiento antibiótico. Ingresa un mes después por nuevo cuadro de vómitos persistentes y dolor abdominal objetivando en nuevo TC-abdominal aumento de la colección conocida, sin mejoría posterior a pesar de nuevo ciclo antibiótico por lo que se realiza gastroscopia para descartar lesión subyacente. En la gastroscopia se objetiva una gran úlcera en bulbo duodenal con vaso visible y fondo fibrinado de unos 50 mm (Figura 2), así como un elemento filiforme blanquecino y alargado de 19 cm e inmóvil sugestivo de helminto (Figura 3), catalogado como *Ascaris lumbricoides*. Se inicia tratamiento tanto con inhibidor de la bomba de protones, como Albendazol en dosis única, comprobándose posteriormente mejoría endoscópica de la úlcera duodenal. Seguidamente se completa el estudio del tracto inferior con colonoscopia (Figura 4); identificando nuevo parásito de 15 cm, vivo (Video 1), en colon transverso que se extrae endoscópicamente. Ante la existencia de formas parasitarias vivas adultas a pesar de un primer ciclo de antiparasitario se pauta Ivermectina en dosis única. El paciente presenta posteriormente buena evolución clínica, realizándose entero-TC con contraste oral, que descarta otros elementos parasitarios groseros en intestino delgado (Figura 5), así como mejoría de la colección previa. Al alta se planifica seguimiento en consultas de Enfermedades Infecciosas para control evolutivo y valorar posibles nuevos ciclos de antiparasitarios hasta asegurar la erradicación del parásito.



**Figura 1.** TC-abdominal con contraste intravenoso y oral. Imagen sugestiva de defecto mural en bulbo duodenal con imagen de colección con contenido hidroaéreo en probable relación con úlcera duodenal perforada contenida, con aumento de densidad de la grasa adyacente.



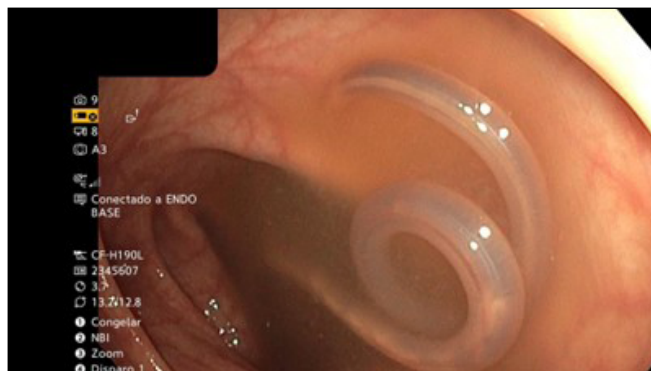
**Figura 2.** Endoscopia digestiva alta. Úlcera duodenal con vaso visible sobre fondo fibrinado.



**Figura 3.** Endoscopia digestiva alta. Helminto inmóvil en cámara gástrica de 19 cm de longitud.

## Discusión

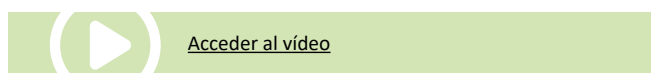
Aunque la mayoría de las infecciones por *Ascaris* son asintomáticas, también pueden producir síntomas digestivos como dolor, distensión, vómitos y diarrea intermitente, así como complicaciones respiratorias y/o digestivas de gravedad como la obstrucción intestinal, úlceras, apendicitis, invaginación, peritonitis, colecistitis,



**Figura 4.** Colonoscopia. Helminto vivo a nivel de colon transverso.



**Figura 5.** Entero-TC con contraste oral. Contraste oral con distribución normal en asas de delgado, sin identificar helmintos ni otros elementos que condicionen obstrucción ni complicaciones a este nivel.



pancreatitis o abscesos hepáticos. El diagnóstico se realiza mediante identificación del parásito en las heces, y su tratamiento médico es con antiparasitarios, pudiendo ser necesario en algunos casos el manejo endoscópico y/o quirúrgico de las complicaciones.

### CP-013. DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ESÓFAGO-YEYUNAL RESUELTA MEDIANTE PRÓTESIS ASOCIADA A SISTEMA DE VACÍO VAC-STENT

García Ortiz JM, Ciria Bru V, Pérez Palacios D, Trigo Salado C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL QUIRONALUD SAGRADO CORAZÓN. SEVILLA.

#### Introducción

La cirugía oncológica esofagogástrica presenta una alta tasa de complicaciones, entre las que destaca la dehiscencia anastomótica debido a su frecuencia y la morbimortalidad y consumo de recursos que provoca.

La primera opción de tratamiento es el abordaje endoscópico, que suele consistir en la colocación de prótesis esofágicas cubiertas y/o el uso de endoespojas de vacío. La prótesis Vac-Stent® combina ambas modalidades, sellando el defecto a la vez que aplica una succión que favorece el saneamiento del tejido desvitalizado y dificulta la migración de la prótesis.

#### Caso clínico

Varón de 78 años con adenocarcinoma de cardias Siewert III. Tras administrarse quimioterapia neoadyuvante, se realiza gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux.

Al séptimo día de ingreso, presenta empeoramiento clínico, con datos de sepsis, y se objetiva radiológicamente la presencia de una dehiscencia anastomótica. Se coloca prótesis esofágica completamente recubierta, con mejoría clínica.

9 días después, se produce nuevo empeoramiento y se comprueba la migración de la prótesis, por lo que se retira endoscópicamente, comprobando la persistencia de una dehiscencia de en torno al 20% de la circunferencia, con amplia fuga de contraste. Se coloca prótesis esofágica asociada a esponja de vacío (Vac-Stent®).

Tras 5 días con aplicación de vacío de entre 125 y 75 mmHg, la prótesis es retirada endoscópicamente sin incidencias, observándose abundante tejido de granulación y disminución significativa del defecto. Se comprueba mediante test de infusión de contraste la resolución de la fuga dehiscente, que es confirmada en un TAC con contraste oral realizado 48 horas después. El paciente recibe el alta

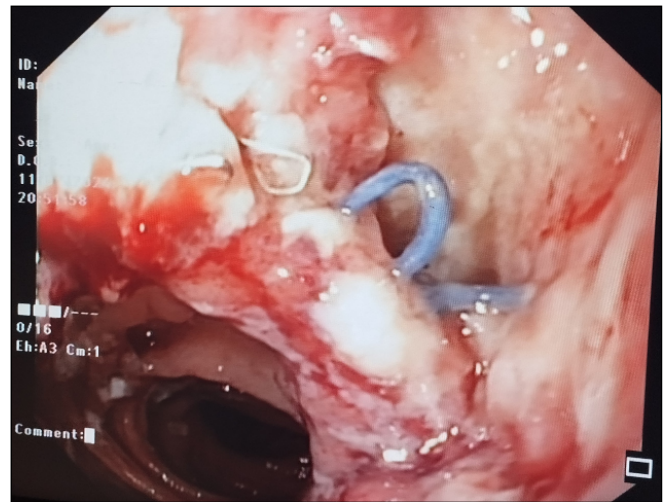


Figura 1. Prótesis VacStent posicionada.

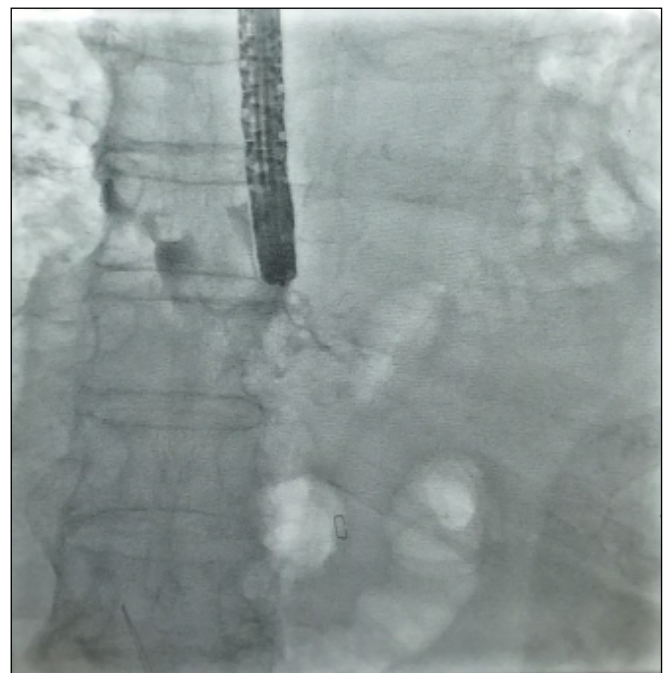


Figura 2. Fuga de contraste.



Figura 3. Prótesis VacStent posicionada.

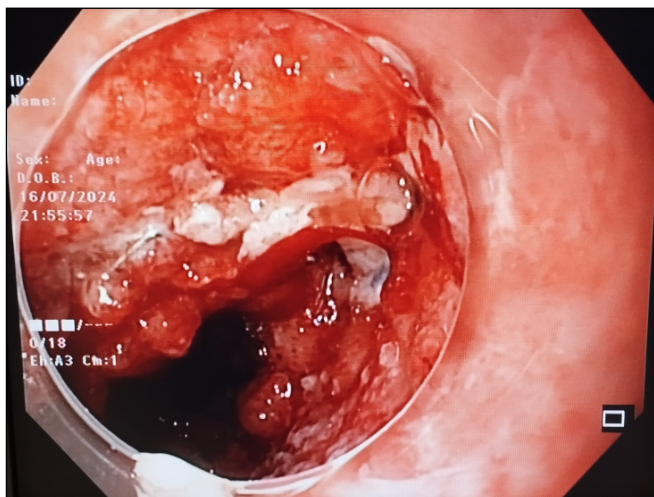


Figura 4. Dehiscencia, aspecto tras retirada de la prótesis.

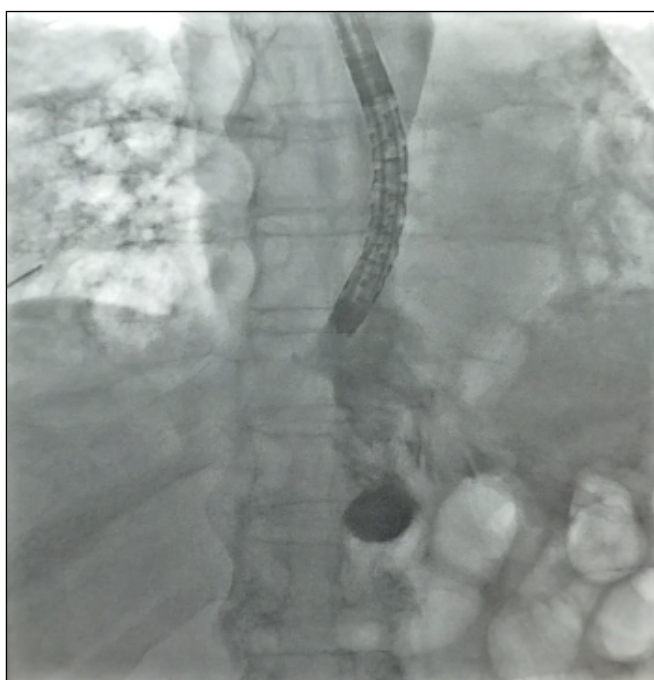


Figura 5. Fuga resuelta.

hospitalaria una semana después de la retirada de la prótesis.

## Discusión

Las prótesis asociadas a esponja de vacío suponen una opción prometedora en el tratamiento de las dehiscencias postquirúrgicas del tracto digestivo superior, pudiendo disminuir el número de procedimientos y el tiempo necesarios para su resolución.

## CP-014. ENFERMEDAD DE BOWEN: CAUSA INFRECIENTE DE TENESMO Y RECTORRAGIA

Morales Bermúdez AI, Fernández García F, Ocaña Ledesma A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA, MÁLAGA.

### Introducción

El carcinoma de células escamosas intraepidérmico (enfermedad de Bowen- EB) es un tumor maligno que surge de los queratinocitos epidérmicos que puede desarrollarse en cualquier superficie cutánea.

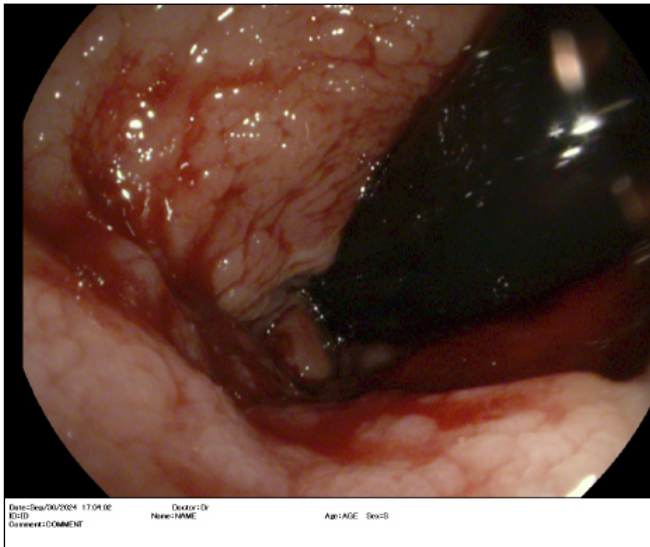
La EB perianal/anal es un tumor poco frecuente y de crecimiento lento, que puede ser precursor del carcinoma escamocelular del ano. Afecta a ambos sexos y a todas las razas, con la prevalencia más alta en pacientes de 20 a 45 años. Se asocia al virus del papiloma humano (VPH).

### Caso clínico

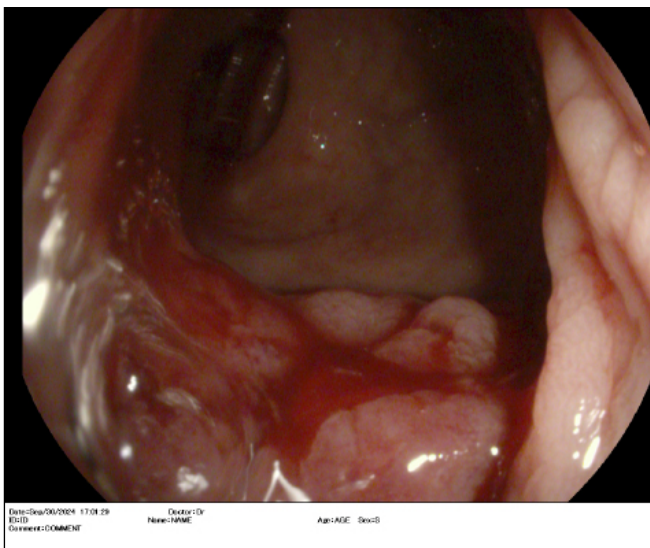
Paciente varón de 47 años, con RTU por papiloma vesical en 2022 como único antecedente de interés, acude a sala de endoscopia para realización de endoscopia digestiva baja en contexto de tenesmo y rectorragia de 5 meses de evolución. Sin alteraciones reseñables durante la anuscopia y el tacto rectal, nada más introducir el endoscopio se visualiza lesión que afecta al 25% del margen anal intento, extendiéndose 3cm hacia recto. Presenta aspecto granular y friable, con sangrado al más mínimo roce del endoscopio y presencia de formaciones pseudopapilares ulceradas en su extremo más distal. Ante el hallazgo y el aspecto, se decide tomar biopsias en fresco para descartar enfermedad de transmisión sexual (ETS) y para anatomía patológica. Resto de exploración endoscopia sin hallazgos. Cinco días después se obtiene resultado anatomopatológico compatible con carcinoma intraepidérmico o Enfermedad de Bowen en todas las biopsias, siendo el estudio de ETS negativo. Se solicita resonancia anorrectal para completar estudio, sin evidencia de extensión más allá de los márgenes descritos, y se presenta en comité oncológico, consensuándose tratamiento con radioterapia como primera opción. El paciente se encuentra recibiendo primer ciclo en este momento.

### Discusión

A pesar de que la EB perianal/anal es una patología poco frecuente, debemos tenerla presente en pacientes jóvenes con síntomas locales como prurito, sangrado, secreción y tenesmo. En estos casos es muy importante realizar una adecuada historia clínica que incluya historia sexual, estado serológico del VIH y antecedentes de infección por VPH u otras infecciones de transmisión sexual. Se debe realizar un examen físico de la región perianal, que puede manifestar condilomas perianales como lesiones concomitantes. La rectoscopia puede evidenciar diferentes



**Figura 1.** En retroversión, extrema friabilidad al roce del endoscopio. Lesión de aspecto papilar en contacto con margen anal interno.



**Figura 2.** Lesión friable en contacto con margen anal interno. Aspecto liquenificado.

lesiones a nivel de la línea anocutánea: tumoración perianal o intraanal, erosión o ulceración, lesión liquenoide o hiperpigmentación.

La enfermedad tiene tendencia a la recurrencia y existen muchas controversias en cuanto al tratamiento, cuya eficacia sigue siendo incierta y que va desde la escisión local, hasta la ablación láser (argón o CO<sub>2</sub>), la radioterapia o tratamientos tópicos (imiquimod, 5-fluorouracilo).

### CP-015. VÓMITOS FECALOIDEOS, ¿SIEMPRE POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL?

**Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Méndez Sánchez IM, De La Cruz Romero F, García Fernández G**

UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

## Introducción

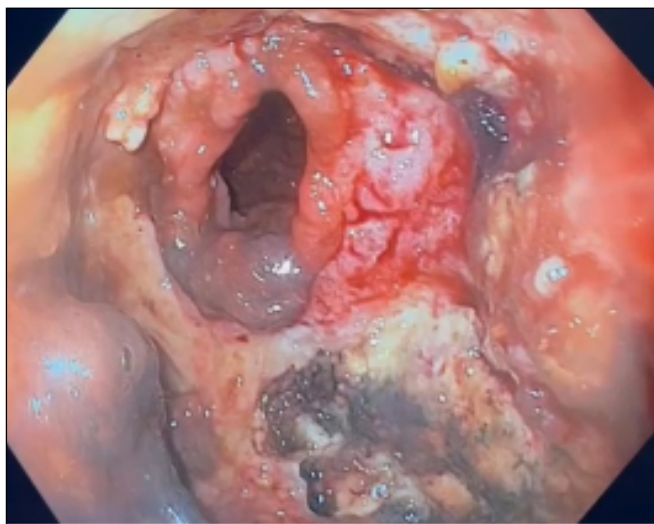
Cuando un paciente se presenta con vómitos fecaloideos, es habitual pensar que se está ante una obstrucción intestinal, sin embargo, aunque es lo más frecuente, no es la única causa. Se presenta el caso de una paciente que acude a Urgencias por vómitos fecaloideos francos en ausencia de obstrucción intestinal.

## Caso clínico

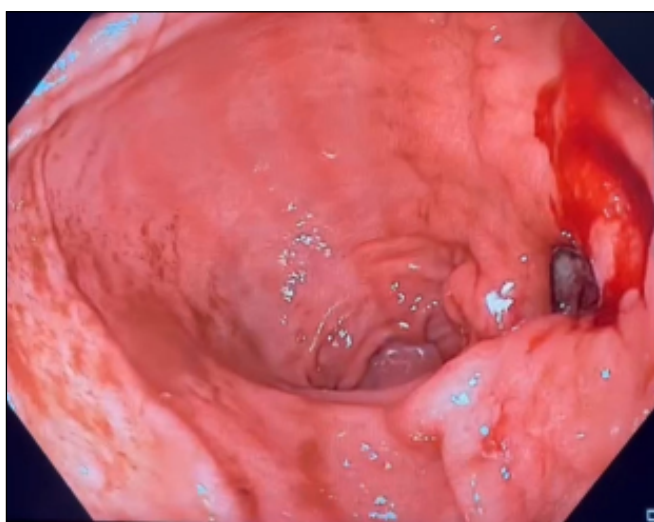
Mujer de 64 años con diagnóstico reciente de adenocarcinoma de colon transverso proximal, con inestabilidad de microsatélites, estadio IV por metástasis peritoneales, pendiente de inicio de quimioterapia e inmunoterapia. Acude a Urgencias por vómitos fecaloideos. A la exploración el abdomen era blando, doloroso de forma difusa, sin peritonismo ni datos de obstrucción intestinal. Analíticamente presentaba anemia y elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC de abdomen donde se aprecia masa colónica que infiltra antro gástrico y asa de intestino delgado. Ingresa en nuestra unidad y se completa estudio con gastroscopia donde se identifica, hacia la cara anterior del antro prepilórico, orificio de unos 12 mm de diámetro que permite acceder a una cavidad con tejido úlcero-necrótico y que se continua con el colon. Con el diagnóstico de fistula cologástrica, se inicia nutrición parenteral total, descartándose intervención quirúrgica por parte de Cirugía dada la envergadura de la intervención y el pronóstico de la enfermedad. Posteriormente presenta una evolución tórpida con hemorragia digestiva masiva que intenta paliarse con radioterapia hemostática sin éxitos, siendo finalmente éxitus.



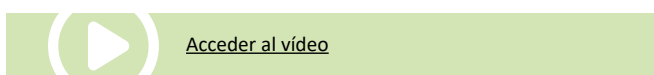
**Figura 1.** Imagen de TC de abdomen donde se identifica masa de colon que infiltra antro gástrico.



**Figura 2.** Imagen endoscópica donde se aprecia trayecto fistuloso tumoral que comunica colon y antro gástrico.



**Figura 3.** Imagen endoscópica donde se aprecia en antro gástrico orificio fistuloso que comunica con el colon.



## Discusión

Las fístulas cologástricas tienen varias causas como las úlceras pépticas, enfermedad de Crohn, traumatismo, pancreatitis y diverticulitis. Las fístulas de origen maligno se han descrito con menos frecuencia en la literatura y se desarrollan por la extensión de un tumor desde la serosa de una víscera hasta la pared de otra. La resección multivisceral es el único tratamiento posible, casi siempre con intención paliativa. La relevancia de este caso radica en la imagen endoscópica poco frecuente, con introducción al colon directamente desde la cavidad gástrica, lo que explica los vómitos fecaloideos sin existencia de obstrucción intestinal.

### CP-016. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ETIOLOGÍA INUSUAL: LINFOMA NO-HODGKIN DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA.

Mendoza Rodríguez R<sup>1</sup>, Lecuona Muñoz M<sup>2</sup>, Fernández Cano MDC<sup>2</sup>, Redondo Cerezo E<sup>2</sup>

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

## Introducción

Las neoplasias primarias gástricas y las lesiones con infiltración a este nivel pueden cursar con hemorragia digestiva alta (HDA), siendo el diagnóstico en ocasiones complejo.

A continuación, se presenta un caso de linfoma no-hodgkin retroperitoneal primario con infiltración gástrica, cuyo debut de produjo como una hematemesis.

## Caso clínico

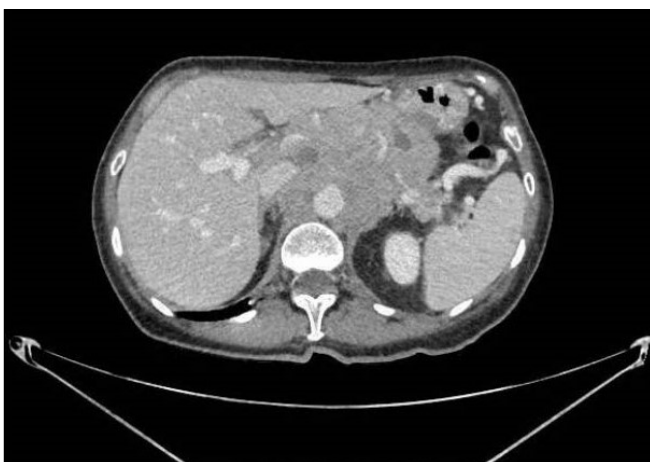
Mujer de 65 años fumadora de 25 paquetes/año que acude a urgencias por hematemesis con pérdida de 3 puntos de hemoglobina. A la anamnesis dirigida refiere cuadro de 6 meses de duración consistente en dolor abdominal y lumbar, así como astenia y anorexia. Se realiza endoscopia digestiva alta urgente evidenciando a nivel subcardial una lesión sobrelevada con úlcera profunda en cuyo centro asienta un gran coágulo (**Figura 1**), lográndose hemostasia mediante clips, inyección y hemospray. Se realiza EDA second-look (**Figura 2**) sin objetivar sangrado obteniendo biopsias. Se solicita TC de abdomen (**Figura 3**) que identifica una voluminosa lesión de partes blandas de localización retroperitoneal de 11 cm de diámetro que contacta e infiltra la curvatura mayor gástrica, sugerente de proceso linfoproliferativo de origen retroperitoneal. Se solicita PET-TC (**Figura 4**) para completar estudio. La histología fue compatible con linfoma B difuso de células grandes subtipo NOS, por lo que se derivó a hematología iniciándose terapia R-CHOP. El paciente completó seis ciclos de tratamiento encontrándose estable y sin datos de recidiva.



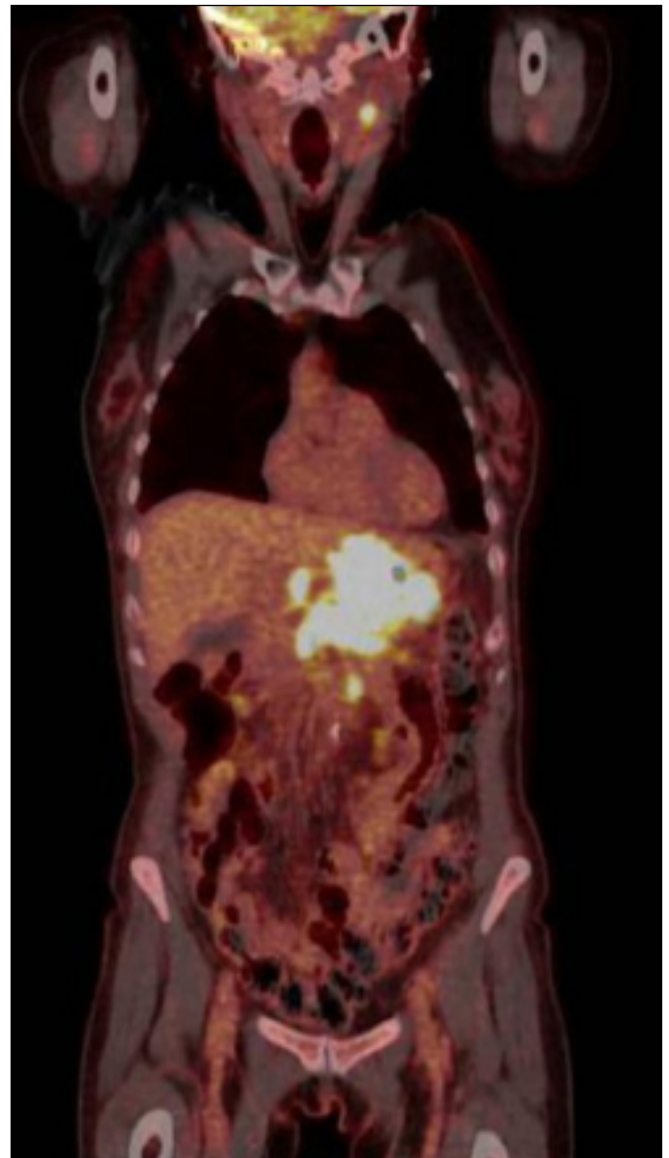
**Figura 1.** Se aprecia gran lesión de unos 3 cm de aspecto submucoso a nivel subcardial y gran depresión crateriforme en su centro en cuyo interior asienta un gran coágulo con bordes fibrinados.



**Figura 2.** Se aprecia lesión sobreelevada con úlcera profunda en el centro de aspecto fibrinado, sospechosa de malignidad.



**Figura 3.** Enfermedad linfoproliferativa con conglomerado adenopático retroperitoneal, afectación gástrica y adenopatías mediastínicas, perigástricas y retroperitoneales.



**Figura 4.** Estudio compatible con proceso linfoproliferativo con afectación supra e infrafragmática ganglionar, así como gástrica y mesentérica.

## Discusión

Los tumores primarios del retroperitoneo son lesiones infrecuentes, constituyendo el 0,1% de todas las neoplasias malignas. Únicamente un tercio de estas corresponden a linfomas. A diferencia de lo que se reporta en este caso clínico, la presencia de necrosis tumoral en pacientes que no han iniciado el tratamiento resulta infrecuente.

Aunque los linfomas gástricos pueden debutar con hematemesis, la lesión en este paciente presentaba un origen retroperitoneal, condicionando el abordaje endoscópico diagnóstico-terapéutico y haciendo necesario un alto grado de sospecha clínica ya que los síntomas muy inespecíficos y las pruebas de imagen no siempre son concluyentes. Como consecuencia, en muchas ocasiones el diagnóstico definitivo se obtiene tras la exéresis quirúrgica de la masa y con la obtención de un diagnóstico histológico confirmatorio.

## CP-017. CUERPO EXTRAÑO EN SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL (HILO DE SUTURA) QUE ASOCIA FÍSTULA A COLECCIÓN EN PACIENTE CON NEFRECTOMÍA DERECHA PREVIA

Parra López B, Sánchez Sánchez MI, León Valenciano L, Díaz Barbero N, Cano De La Cruz JD, Alonso Belmonte C, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

### Introducción

La ingestión de cuerpos extraños en adultos es accidental en el 95% de los casos, relacionándose con alimentos. Dicha ingestión es más frecuente en niños, siendo excepcional la presencia de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior sin una ingesta previa, como acontece en este caso.

Para su diagnóstico se requiere, además de una alta sospecha clínica, pruebas de imagen y una endoscopia digestiva alta, la herramienta más útil en este contexto, ya que permite realizar un abordaje terapéutico efectivo.

### Caso clínico

Mujer de 52 años, con nefrectomía derecha por pielonefritis xantogranulomatosa en 2019 como antecedente de interés, que acude a urgencias por cuarta vez en 2 semanas por dolor en hipocondrio derecho de 20 días de evolución que no mejora en domicilio con analgesia convencional. No asocia otros síntomas. Analíticamente destaca PCR 71 sin otras alteraciones a destacar. A la exploración destaca dolor en hipocondrio derecho sin datos de alarma.



Figura 1. Corte transversal de TC abdominal en el que se muestra colección de 13 x 25 x 27 mm localizada entre la vena cava inferior y la crura diafragmática derecha en lecho quirúrgico de nefrectomía derecha previa.

Ante dicho cuadro se decide realizar endoscopia digestiva alta urgente, donde se evidencia, en la segunda porción duodenal, hilo de sutura que penetra en la pared duodenal. Al traccionar del hilo y extraer unos 20cm se aprecia salida de abundante secreción purulenta. Se realiza además TC abdominal que muestra colección localizada entre la vena cava inferior y la cruz diafragmática derecha, coincidiendo con el lecho de la nefrectomía previa, evidenciando además posible trayecto fistuloso entre dicha colección y la pared medial de la segunda porción duodenal.

Tras comentar el caso con el equipo de Cirugía General se decide ingreso a su cargo para vigilancia y valoración de actitud quirúrgica.

Durante su estancia en planta la paciente evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico y médico conservador, objetivándose en las pruebas de imagen posteriores una disminución de la colección descrita y cierre del orificio fistuloso.

Tras ello la paciente es dada de alta con seguimiento estrecho en consulta por Cirugía General y Aparato Digestivo.

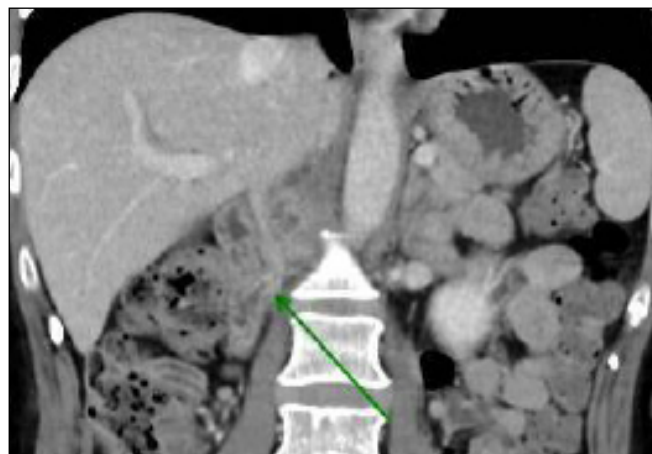


Figura 2. Corte coronal de TC de abdomen donde se evidencia posible trayecto fistuloso entre la colección descrita y pared medial de segunda porción duodenal.

### Discusión

Ante un dolor abdominal recidivante es necesario realizar pruebas de imagen que permitan obtener más información para fundar una sospecha clínica, siendo la endoscopia digestiva una herramienta más para ello.

La presencia de un cuerpo extraño intestinal secundario a material de sutura previo con fístula asociada a una colección plantea un abordaje médico-quirúrgico de alta complejidad para así conseguir un óptimo manejo que irá a favor de una buena evolución clínica del paciente.



**Figura 3.** Imagen de endoscopia digestiva alta donde se evidencia cuerpo extraño a nivel de segunda porción duodenal, compatible con hilo de sutura de nefrectomía previa.

### CP-018. MANEJO DE COLECISTITIS GRAVE SIN CIRUGÍA: SOLUCIÓN ENDOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN UN PACIENTE DE ALTO RIESGO

Fernández Medina GL, García De La Borbolla Serres J, Ortiz Moyano C, Castro Márquez C, Rodríguez-Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

#### Introducción

La colecistitis aguda grave en pacientes de alto riesgo quirúrgico plantea importantes desafíos para su manejo dado que la colecistectomía convencional puede no ser viable. El drenaje de vesícula biliar guiada por ecoendoscopia (EUS-GBD) surge como alternativa mínimamente invasiva eficaz para pacientes no aptos para cirugía.

#### Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y EPOC grave, presenta clínica de 24 horas con dolor en hipocondrio derecho y vómitos. Las pruebas analíticas y ecográficas revelaron una colecistitis aguda litiasica grado III por disfunción renal, hepática y respiratoria.

Durante la hospitalización, experimentó un rápido deterioro tanto clínico como analítico. Debido al elevado riesgo quirúrgico, no era tributario a colecistectomía quirúrgica.

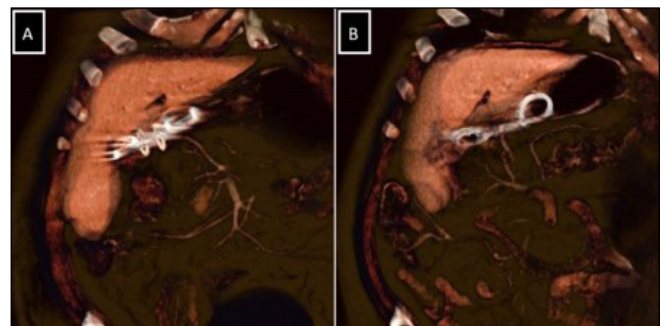
Por lo que se optó por un enfoque mínimamente invasivo con colecistogastrostomía ecoendoscópica hacia antro, logrando un drenaje eficaz de bilis purulenta mediante la colocación de una prótesis Hot-AXIOS, junto con una prótesis plástica doble pig-tail para prevenir migración. Tras el procedimiento, se observó una mejoría inmediata y significativa clínico-analítico.

En la evolución desarrolló gastroparesia, manifestada por vómitos y distensión abdominal, mejorando con dieta absoluta, sonda nasogástrica. La gastroscopia realizada descarta obstrucción por la prótesis. Posterior se observó coledocolitiasis colocándose una prótesis biliar recubierta por CPRE.

Finalmente, con una recuperación completa se da alta.



**Figura 1.** Drenaje de la vesícula biliar a cara posterior de antro, a través de prótesis de aposición luminal de 10mmx10mm (Hot-Axios) y fijación con doble pig-tail.



**Figura 2.** En la reconstrucción 3D tomográfica: Imagen A. Prótesis metálica Hot-AXIOS y prótesis plástica de doble pig-tail. Posterior a la expulsión de la prótesis metálica en la defecación, Imagen B. Prótesis plástica correctamente insertada, con drenaje vesicular hacia el estómago y vesícula colapsada.

A los 2 meses, expulsó espontáneamente la prótesis de colecistogastrostomía, manteniéndose asintomático. La tomografía mostró que la prótesis doble pig-tail permanecía correctamente insertada permitiendo un adecuado drenaje biliar continuo hacia el estómago.

## Discusión

La colecistitis aguda grave en no tributarios a cirugía plantea un reto significativo, aunque el drenaje percutáneo es la opción clásica, el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (EUS-GBD) se ha consolidado como una alternativa mínimamente invasiva, con ventajas en comodidad, menos efectos adversos y mayor durabilidad del drenaje.

En este caso, la colecistogastrostomía ecoendoscopia fue eficaz, el éxito fue evidente con la mejoría rápida clínico-analítica tras la intervención. Los eventos como la coledocolitiasis manejada mediante endoscopia demuestran la versatilidad técnica y la aparición de gastroparesia como único efecto adverso avala la seguridad.

Otro aspecto notable del caso fue el desenlace inusual al expulsar espontáneamente la prótesis Hot-AXIOS en las heces, quedando la prótesis doble-pig-tail correctamente posicionada, evento que es poco frecuente.

En conclusión, la colecistogastrostomía guiada por ecoendoscopia surge como opción eficaz para el drenaje biliar en pacientes que no sean aptos para cirugía. El tener esta técnica en la práctica clínica puede cambiar significativamente el manejo en estos pacientes de alto riesgo quirúrgico.

## CP-019. AFAGIA SECUNDARIA A ESOFAGITIS DISECANTE SUPERFICIAL IDIOPÁTICA.

Lecuona Muñoz M<sup>1</sup>, Ortega Suazo EJ<sup>1</sup>, Lancho Muñoz A<sup>1</sup>, Guilarte López-Mañas J<sup>2</sup>, Tendero Peinado C<sup>1</sup>

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

## Introducción

La Esofagitis Disecante Superficial (EDS) es una entidad de etiopatogenia desconocida caracterizada por el desprendimiento de fragmentos de mucosa esofágica mayores de 2cm, cuyo diagnóstico es fundamentalmente endoscópico y presenta gravedad variable.

## Caso clínico

Mujer, 64 años, sin antecedentes ni fármacos de interés, valorada previamente por ERGE y disfagia con estudio negativo salvo úlceras atípicas esofágicas con histología/microbiología negativas. Consulta por disfagia mixta hasta producir afagia. Se realiza TAC de cuello-tórax: normal.

Gastroscopia: mucosa esofágica edematosa con anillos membranosos estenosantes en tercio medio-proximal, friabilidad y desprendimiento epitelial que impide biopsias (Figura 1). Ante sospecha de EDS con importante afectación endoscópica-clínica, se iniciaron corticoides intravenosos. Presentó disminución de síntomas realizándose EDA con toma de biopsias a la semana, descartando otras causas y evidenciando mejoría (Figura 2). En control endoscópico a los 8 meses: mucosa cicatricial, edematosa y anillo estenosante en tercio medio-proximal esofágico con biopsias compatibles con EDS (Figuras 3-5). La paciente fue derivada a Unidad de Enfermedades Sistémicas descartando patología autoinmune. Actualmente en tratamiento con IBP y Budesónida viscosa de mantenimiento permitiendo tolerancia a dieta triturada.

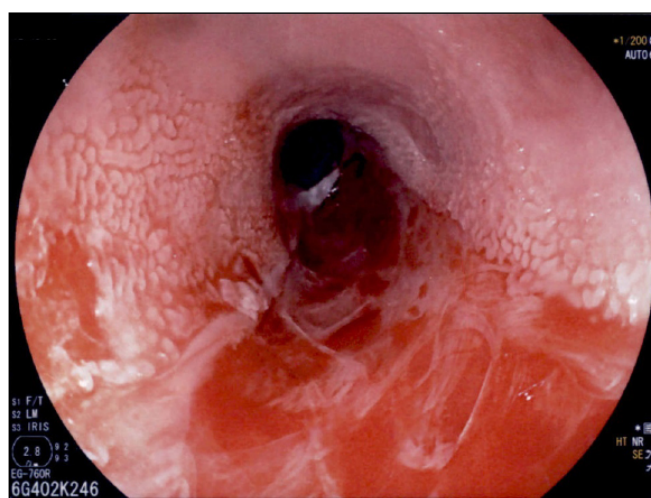


Figura 1. Mucosa esofágica edematosa con anillos membranosos estenosantes en tercio medio-proximal, friabilidad y desprendimiento epitelial.

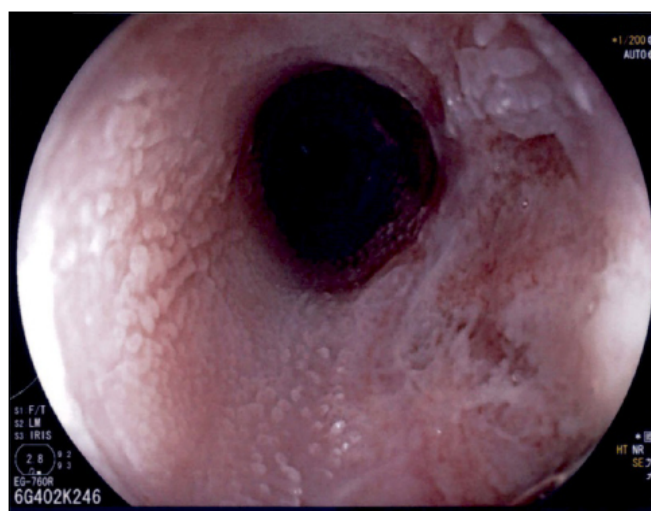
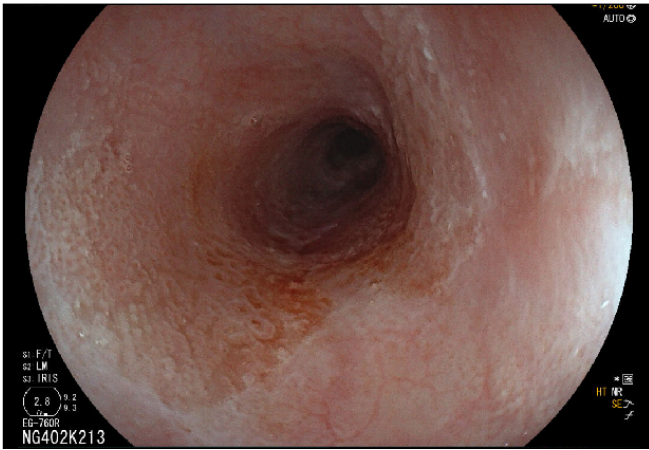


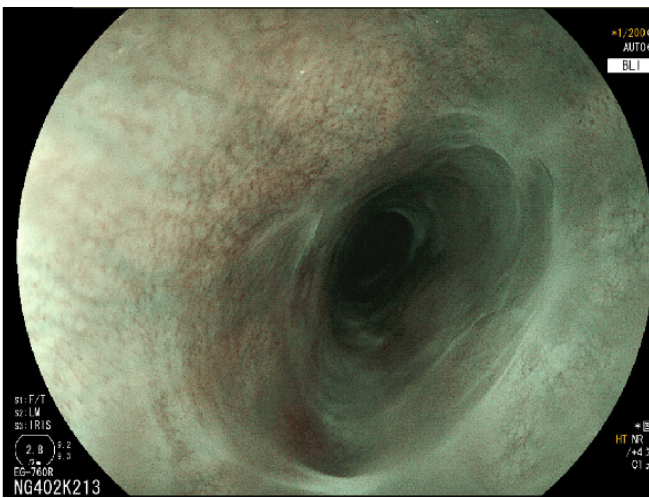
Figura 2. Gastroscopia de control transcurrida una semana.

## Discusión

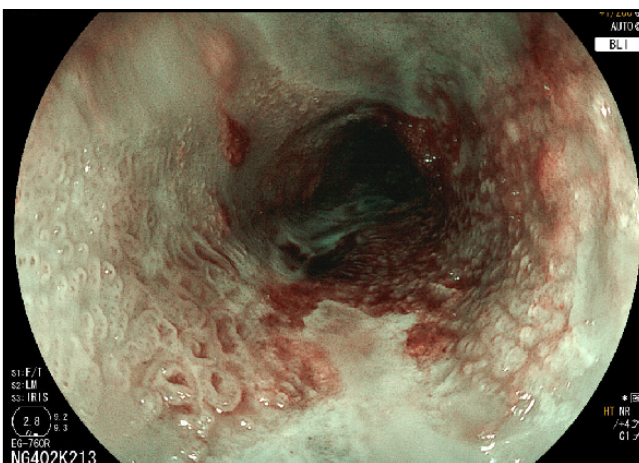
La EDS es una patología infrecuente e infradiagnosticada con una incidencia del 0.03%. Aunque se ha descrito su asociación con fármacos y enfermedades autoinmunes,



**Figura 3.** Gastroscoopia de control a los ocho meses donde se objetiva mucosa cicatricial.



**Figura 4.** Mucosa cicatricial, edematosa y anillo estenosante en tercio medio-proximal.



**Figura 5.** Mucosa cicatricial y edematosa en gastroscoopia de control tras realizar tratamiento esteroideo.

constituye un trastorno mayoritariamente idiopático. Su manejo terapéutico debe individualizarse, de manera que se han reportado formas leves con adecuada respuesta a IBP, y otras severas que precisan tratamiento inmunosupresor y cursan con complicaciones como HDA o estenosis. El reconocimiento precoz por parte del endoscopista es fundamental en estos casos.

### CP-020. DERRAME PLEURAL MASIVO ASOCIADO A POEM.

**Lecuona Muñoz M, Abellán Alfocea P, Fernández García R, Martínez Cara JG, Redondo Cerezo E**

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

#### Introducción

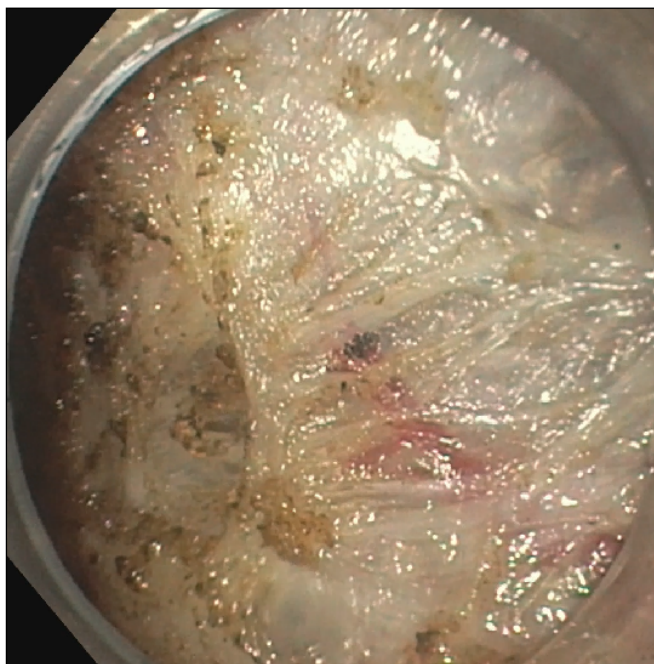
La miotomía endoscópica peroral (POEM) constituye una técnica de reciente implementación con indicación fundamentalmente en la acalasia. Reportamos la aparición de derrame pleural masivo en una paciente sometida a este procedimiento en nuestro centro.

#### Caso clínico

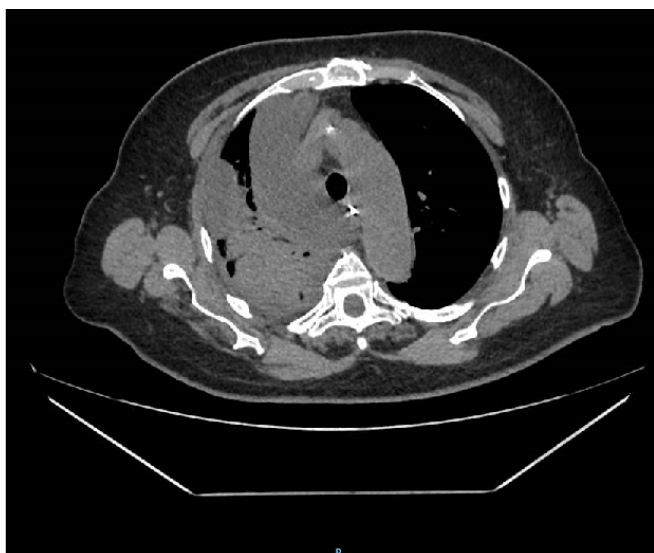
Mujer de 75 años con Acalasia tipo III sin otros antecedentes, acude para realización de POEM (Figura 1). El procedimiento transcurre sin incidencias y tras realización de tránsito baritado sin evidenciar alteraciones y en ausencia de síntomas de alarma se procede al alta hospitalaria. Diez días después, consulta por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos junto con dolor pleurítico, presentando abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Se solicita TAC de tórax (Figuras 2-3) donde se identifican clips normoposicionados en esófago proximal, derrame pleural derecho masivo y derrame pericárdico con 7 mm de espesor. Se realizó toracocentesis diagnóstica compatible con exudado hipocelular de predominio mononuclear, y se colocó drenaje pleural con salida de 2700 cc. La paciente evolucionó favorablemente, sin alteraciones reseñables en espirometría y radiografías solicitadas dos meses después, encontrándose en la actualidad asintomática.

#### Discusión

El POEM presenta una tasa de efectos adversos global del 1.5%, siendo los más frecuentes perforación esofágica, sangrado y neumotórax. El derrame pleural constituye el 0.9% de todas las complicaciones, resolviéndose en la mayoría de forma conservadora, al contrario de lo que se reporta en este caso clínico. Esta técnica es por tanto una alternativa segura y efectiva a la miotomía de Heller, con la ventaja adicional de su abordaje mínimamente invasivo.



**Figura 1.** Miotomía endoscópica peroral realizada sin incidencias ni complicaciones inmediatas.



**Figura 2.** Derrame pleural derecho masivo, así como derrame pericárdico transcurridos diez días desde el procedimiento.



**Figura 3.** Clips normoposicionados en esófago proximal, derrame pleural derecho masivo y derrame pericárdico.

## CP-021. ABSCESO AMEBIANO COMPLICADO, UNA CAUSA DIFERENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Hernández Pérez AM, Saldaña García L, Méndez MI, Roa Colomo A

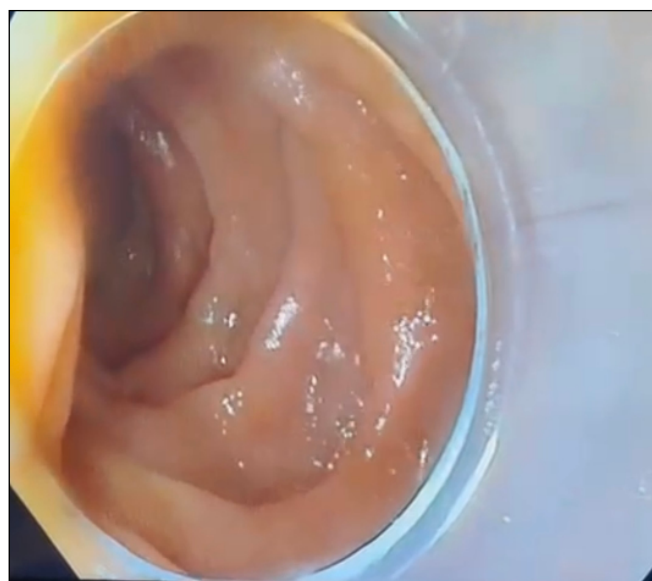
SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

### Introducción

La hemorragia digestiva alta constituye uno de los principales motivos de realización de gastroscopia urgente. Se presenta un caso en el que la gastroscopia fue clave en el diagnóstico diferencial y final del paciente.

### Caso clínico

Varón de 39 años que consulta por hematemesis y melenas, objetivándose Hb 5.6mg/dl. Se realiza gastroscopia urgente observando en la cara inferior del bulbo duodenal una úlcera profunda de gran tamaño con fondo fibrinado-amarillento que da paso a un asa de mucosa brillante, sin vellosidades, con vascularización submucosa y con haustración que sugiere tratarse de intestino grueso, sospechando la existencia de una fístula duodenocólica (**Figuras 1, 2 y 3**). Posteriormente, se realiza TC abdominal que describe una colección de 9,5x9cm hipodensa y heterogénea en el segmento IV hepático que sobrepasa la cápsula hepática y comunica tanto con el bulbo duodenal como con el colon transverso (**Figura 4**). Al inyectar contraste en la colección de forma percutánea se dibuja el trayecto fistuloso entre la lesión y el intestino (**Figura 5**). Finalmente, se realiza drenaje quirúrgico de la colección, obteniéndose muestras que resultan positivas para Entamoeba histolytica y se cierra la perforación duodenal



**Figura 1.**

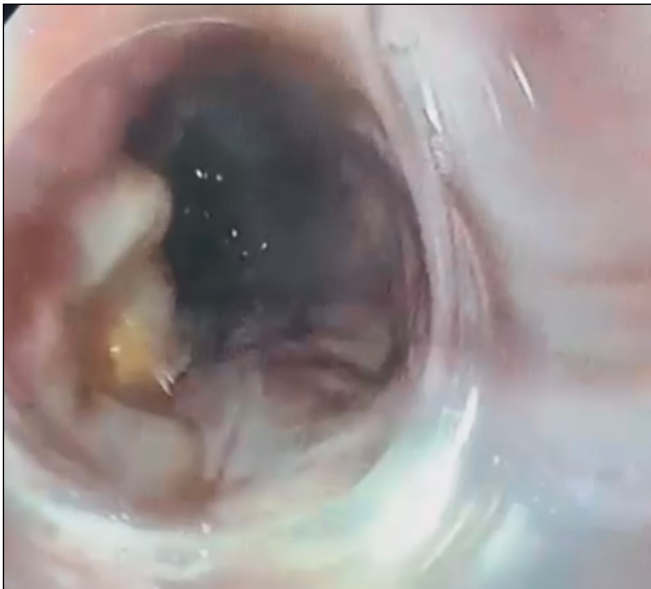


Figura 2.



Figura 4. Imagen TC.

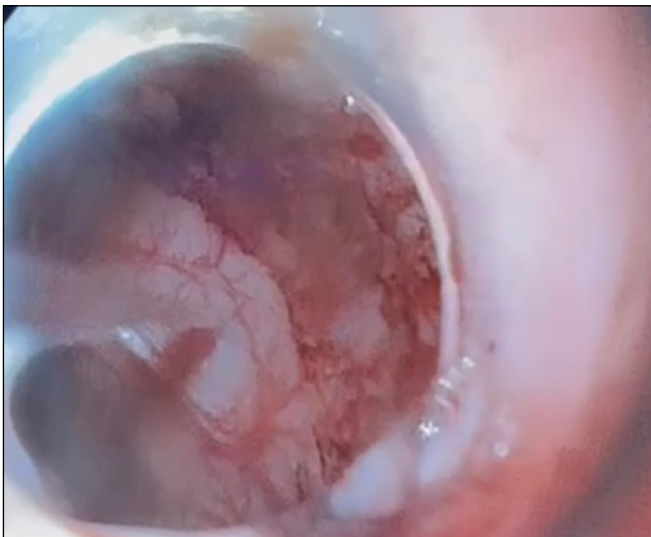


Figura 3.

y colónica mediante suturas simples. Tras la cirugía, el paciente evoluciona favorablemente y recibe el alta con metronidazol.

### Discusión

La amebiasis es una enfermedad rara en nuestro país que, como en nuestro caso, puede presentarse clínicamente en forma de absceso hepático o úlceras intestinales. Es importante tener en cuenta este diagnóstico dentro del espectro de patologías que pueden causar hemorragia digestiva.

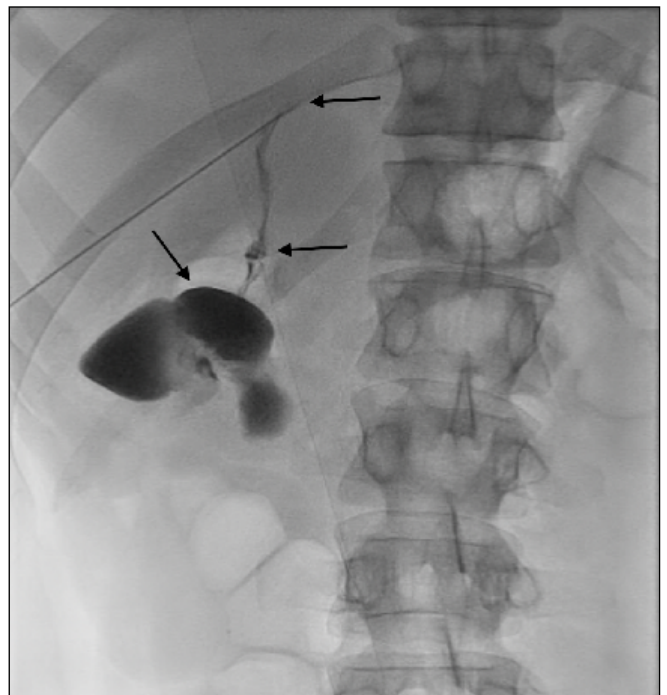


Figura 5. Contraste.

### CP-022. DILATACIÓN CON BALÓN DE MEMBRANA ESOFÁGICA EN PACIENTE CON SD PLUMMER-VINSON

Manrique Gil MJ, Pérez Monzú A, Bernal Torres A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

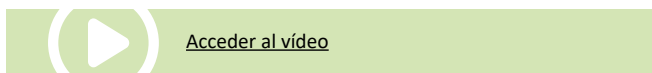
## Introducción

El síndrome de Plummer-Vinson, también conocido como síndrome Paterson-Brown-Kelly, se caracteriza por la tríada de disfagia, anemia ferropénica y presencia de membranas esofágicas que causan estenosis. Este síndrome se presenta principalmente en mujeres de raza blanca, entre los 40 y 70 años, aunque se han reportado casos en niños y adolescentes. La etiología sigue siendo incierta, pero se han propuesto el déficit de hierro y factores genéticos como posibles causas.

## Caso clínico

Paciente mujer de 84 años con antecedentes de anemia ferropénica con necesidad transfusional y ferrotterapia en varias ocasiones. A su vez presenta clínica de disfagia progresiva inicialmente a sólidos y posteriormente a líquidos de varios meses de evolución con pérdida de peso asociada.

Tras realizarse estudio endoscópico se identifican hasta dos membranas fibrosas de aspecto benigno a nivel de boca de Killian, impidiendo una de ellas el paso correcto del endoscopio. Se opta por tratamiento endoscópico mediante dilatación neumática con balón de forma progresiva incrementando el diámetro desde 10 mm hasta alcanzarse los 12 mm con lo que se consigue desgarro mucoso de la membrana solucionándose así la estenosis.



## Discusión

En conclusión, el síndrome de Plummer-Vinson es una entidad rara, con escasa literatura disponible, que requiere un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento. Su fisiopatología sigue siendo objeto de estudio, aunque la relación con el déficit de hierro es la más aceptada. Se ha observado que el tratamiento con hierro puede mejorar los síntomas y la condición de la disfagia en estos pacientes.

## CP-023. USO DEL LITOTRIPTOR DE SOEHENDRA PARA LA RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA

Rodríguez Gallardo M<sup>1</sup>, Ruiz Bataller C<sup>1</sup>, Cifuentes Rodenas P<sup>2</sup>, Van De Wiel Fernández S<sup>1</sup>, Cáceres Salazar JM<sup>2</sup>, Rodríguez Téllez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. <sup>2</sup>UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

## Introducción

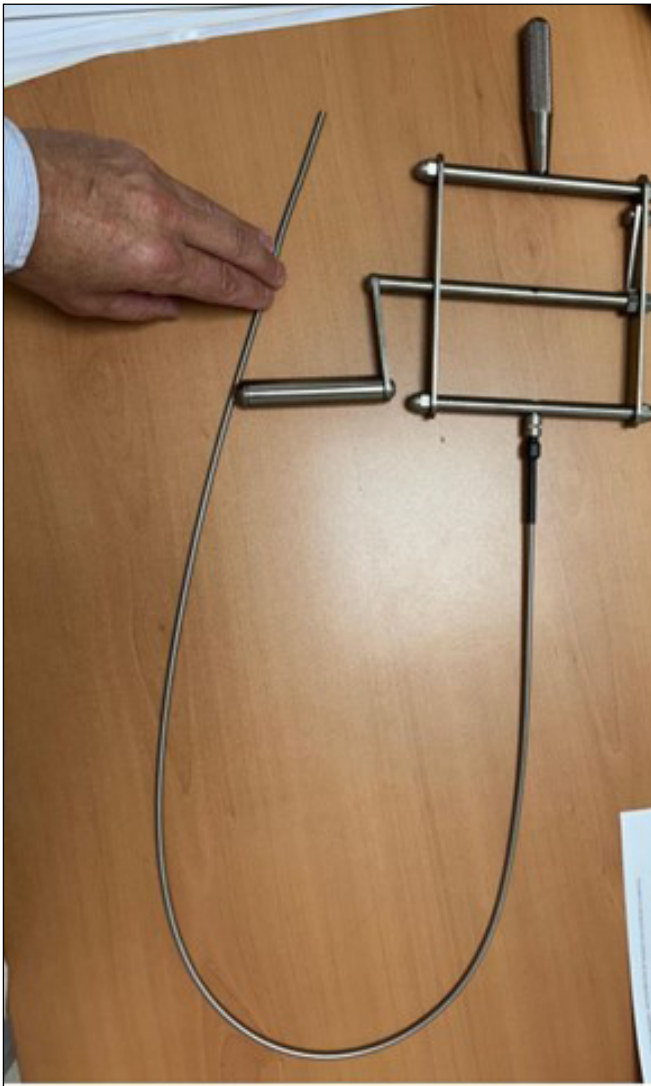
La banda gástrica ajustable laparoscópica (LAGB) es un método seguro y ampliamente utilizado en el manejo de la obesidad. Sus complicaciones mayores, aunque infrecuentes, incluyen el vólvulo gástrico, el deslizamiento o la erosión intraluminal de la banda.

## Caso clínico

Mujer de 43 años valorada por nuevo aumento de peso tras banding laparoscópico gástrico hace 20 años. Se realizó gastroscopia apreciándose la banda incrustada en unión gastro-esofágica, con signos de putrefacción y revestimiento de restos alimenticios. Se decide, en conjunto con Cirugía General, intentar extracción endoscópica con litotriptor de Soehendra. Se introdujo una guía alrededor de la banda y ambos extremos se extrajeron por la boca y fueron insertados en el cable del litotriptor, posteriormente se gira el mango del litotriptor con el objetivo de ceñir la guía sobre la banda hasta seccionarla. Dada la rigidez que presentaba la banda no fue posible transeccionarla y tuvo que ser retirada mediante cirugía laparoscópica en un procedimiento complejo, que implica la retirada del reservorio y del catéter, la apertura de la pared gástrica (gastrotomía) con posterior cierre de la misma tras retirada de la banda y el cierre del punto de entrada del catéter en estómago.

## Discusión

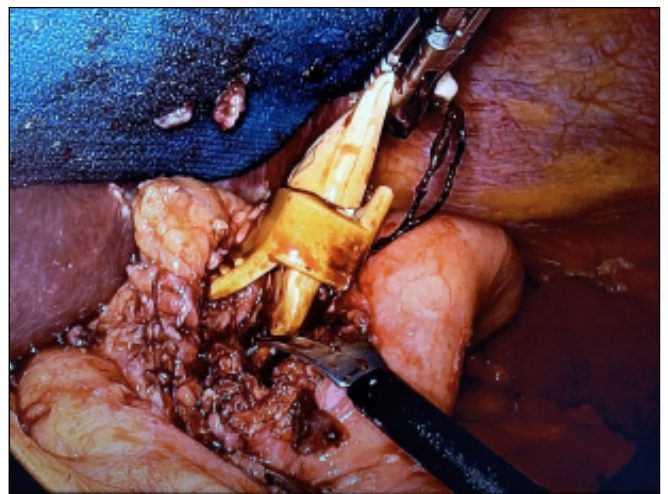
La migración de la banda hacia la luz gástrica es una complicación de aparición tardía y escasa incidencia (en torno al 1.4%), pero que probablemente aumente su frecuencia en el futuro dado que fue en la década de los noventa cuando se popularizó su uso. El uso del litotriptor de Soehendra para su extracción supone una técnica novedosa y accesible que podría cambiar el paradigma tradicional basado en el tratamiento quirúrgico, habiéndose reportado varios casos exitosos. Sin embargo, como en nuestro caso, el manejo de estos pacientes debe ser individualizado y multidisciplinario.



**Figura 1.** Fotografía del litotriptor de Soehendra.



**Figura 3.** Gastrotomía y localización de la banda incluida



**Figura 4.** Tras ser localizada y parcialmente extraída se realiza sección de la banda.



**Figura 2.** Imagen que muestra cómo se lleva a cabo la liberación de adherencias.



**Figura 5.** Cierre de la gastrotomía, incluyendo punto de entrada del catéter.



Figura 6. Fotografía de la banda seccionada y el catéter extraídos.

## CP-024. GASTRO-ENTEROCOLITIS POR CMV EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ordóñez López MÁ, Mouhtar El Halabi SA, Caunedo Álvarez Á, Boyero Moreno P, Rodríguez Gallardo M

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

### Introducción

Las gastro-enterocolitis difusas plantean un diagnóstico diferencial complejo en muchos casos. Se deben descartar primeramente etiologías infecciosas, isquémicas, inflamatorias, farmacológicas o mixtas. Dentro de las etiologías infecciosas, la afectación gastrointestinal por citomegalovirus (CMV) es infrecuente en la población general, teniendo mayor relevancia en pacientes inmunodeprimidos.

### Caso clínico

Mujer de 74 años con linfoma folicular grado I estadio IV-E en tratamiento con Rituximab-Bendamustina. Acudió a urgencias por epigastralgia y diarreas sin fiebre de 10 días de evolución. Analíticamente destacó neutropenia, trombopenia grave, hiperbilirrubinemia directa e hipertransaminasemia, sin aislamientos microbiológicos

en heces. Ecografía de abdomen urgente sin datos de interés. Una vez en planta de hospitalización presentó empeoramiento clínico y analítico a pesar de doble tanda antibiótica realizándose tomografía de abdomen con datos de gastritis y colitis extensa con ascitis leve (Figuras 1 y 2), lo que planteó el diagnóstico diferencial entre etiología inflamatoria, infecciosa o infiltrativa por neoplasia hematológica de base, confirmándose todo ello en RMN abdomen posterior. Se realizó gastroscopia con hallazgos de úlceras geográficas antrales confluyentes de etiología péptica versus infiltrativa (Figura 3) y colonoscopia con úlceras de aspecto similar con afectación continua de todo el colon (Figura 4), sugiriendo etiología isquémica o infecciosa. El estudio anatomopatológico confirmó gastritis y colitis con presencia de inclusiones nucleares y citoplasmáticas altamente sugestivas de infección por citomegalovirus, La carga viral de CMV en sangre positiva (381000 UI/mL), si bien la IgM fue negativa (en probable relación con la hipogammaglobulinemia inducida por rituximab) por lo que se inició ganciclovir. Tras ello la paciente presentó mejoría clínico-analítica progresiva.

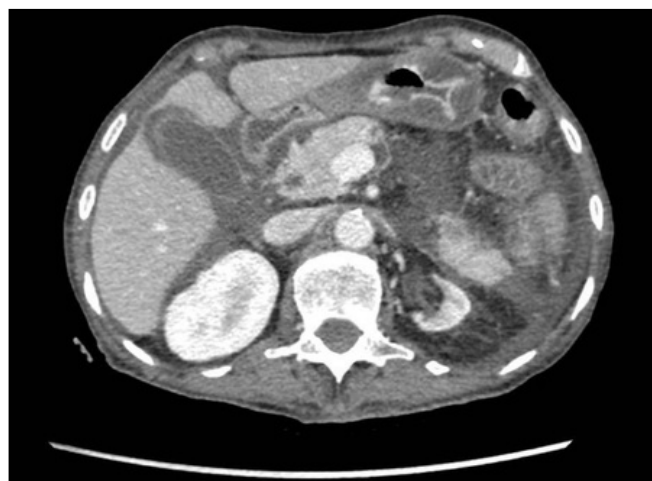
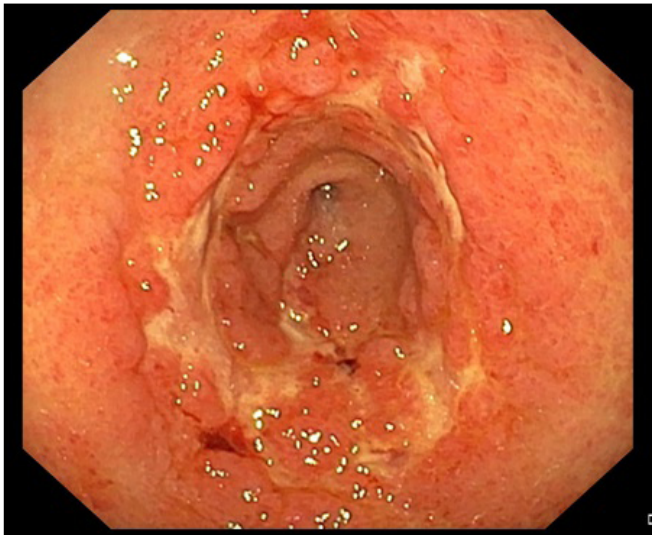


Figura 1. TC abdomen con contraste: gastritis que obliga a descartar etiología inflamatoria, infecciosa o infiltrativa por neoplasia hematológica de base.



Figura 2. TC abdomen con contraste: colitis extensa que obliga a descartar etiología inflamatoria, infecciosa o infiltrativa por neoplasia hematológica de base.



**Figura 3.** Endoscopia digestiva alta: úlceras geográficas antrales confluyentes de etiología péptica versus infiltrativa.



**Figura 4.** Colonoscopia: úlceras geográficas amplias confluyentes con afectación continua de la mucosa colónica.

## Discusión

La gastro-enterocolitis por CMV es una entidad rara en adultos inmunocompetentes a pesar de su alta prevalencia en estudio serológicos (40-100%), apareciendo con mayor frecuencia en pacientes con inmunosupresión de cualquier tipo. En la infección diseminada por CMV la afectación gastrointestinal es la segunda más frecuente tras la retinitis. La clínica digestiva es inespecífica, apareciendo sangrado digestivo bajo en ocasiones. Los hallazgos endoscópicos son variables, yendo desde mucosa normal hasta úlceras longitudinales. El diagnóstico se realiza por criterios histológicos, si bien puede confirmarse por serología o carga viral. Entre sus complicaciones destaca el megacolon tóxico, con una mortalidad de hasta el 32%, pudiendo llegar a requerir incluso colectomía. El tratamiento se realiza con medidas de soporte y ganciclovir.

## CP-025. ACTINOMYCOSIS ESOFÁGICA

Rubio Mateos J<sup>1</sup>, Martín Marcuartu P<sup>2</sup>, Rebertos Costela E<sup>2</sup>, Ruiz Arias N<sup>2</sup>, Rosa Sánchez C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. <sup>2</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

### Introducción

El Actinomyces es un bacilo gram positivo anaerobio y ramificado colonizador habitual de la mucosa nasal y orofaríngea. Dada su localización, esta bacteria suele provocar infección en cara y cuello aunque de forma más inusual también en tórax, abdomen y pelvis, habitualmente como consecuencia de un traumatismo, cirugía u otra infección subyacente. Se trata de un microorganismo que no suele afectar a pacientes inmunocompetentes, si bien en inmunocomprometidos hay mayor riesgo de infección activa. Concretamente, la actinomicosis esofágica es especialmente infrecuente, habiéndose descrito hasta la actualidad pocos casos. Este es el caso de un paciente con actinomicosis que inicialmente simula una recidiva neoplásica.

### Caso clínico

Varón de 72 años con antecedentes de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (T2 N0 M0) tratado con quimioterapia neoadyuvante, esofagogastrectomía con plastia gástrica y anastomosis esofagogástrica cervical. Tras la cirugía, el paciente desarrolló varias complicaciones en relación a la anastomosis, a destacar una fistulización y posterior estenosis de la anastomosis, la cual requirió de 5 sesiones de dilatación endoscópica y colocación de prótesis con escasa efectividad de las mismas, siendo efectiva finalmente la sexta sesión, colocando una prótesis biodegradable.

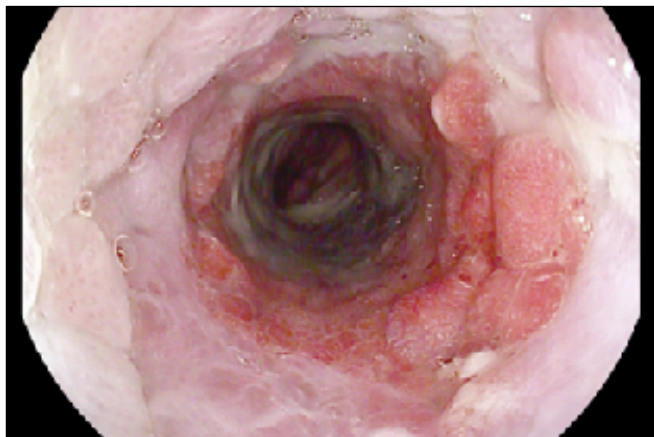
Transcurridos dos meses, el paciente acude a urgencias por disfagia progresiva hasta presentar intolerancia total a sólidos y líquidos.

Se realiza gastroscopia, apreciándose el material protésico colocado previamente (**Figura 1**) con sobrecrecimiento en su extremo distal de tejido hiperplásico y mucosa irregular, mamelonada y eritematosa, sugerente de recidiva neoplásica, condicionando una estenosis infranqueable (**Figura 2**). Se toman biopsias, que informan de hallazgos compatibles con infección por Actinomyces, descartando afectación neoplásica.

### Discusión

El caso presentado es un ejemplo ilustrativo en el que la sospecha endoscópica inicial y los hallazgos anatomopatológicos difieren de manera significativa tanto a nivel diagnóstico como pronóstico.

Es por ello que debemos tener en cuenta que en situaciones como esta la toma de biopsias resulta fundamental para confirmar un diagnóstico de recidiva neoplásica, ya que otras patologías, como puede ser la esofagitis por Actinomyces, (microorganismo conocido por simular patología neoplásica) pueden simularla y condicionar seriamente el pronóstico y manejo del paciente.



**Figura 1.** Material protésico colocado previamente con sobrecrecimiento en su extremo distal de tejido hiperplásico.



**Figura 2.** Mucosa irregular, mamelonada, sugerente de recidiva neoplásica, que condiciona una estenosis infranqueable.

## CP-026. HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A ÚLCERA DE DIFÍCIL CONTROL COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO.

Alía Verdejo T<sup>1</sup>, Guerrero Palma E<sup>2</sup>, Bernal Torres A<sup>1</sup>, Sanabria Marchante I<sup>1</sup>, Rodríguez Ramos C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

## Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una urgencia digestiva frecuente. Entre las etiologías más habituales se encuentran las úlceras gastroduodenales, en su mayoría de origen péptico, siendo la etiología neoplásica una causa más rara. Exponemos el caso de un tumor neuroendocrino que se manifiesta en forma de hemorragia digestiva intermitente secundaria a úlcera de difícil control.

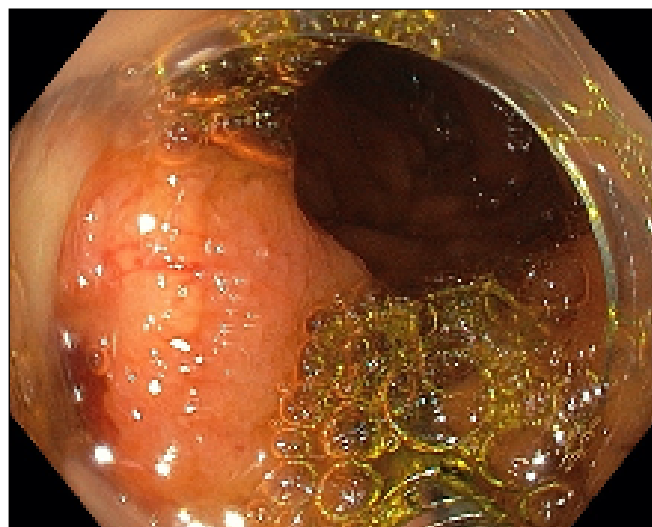
## Caso clínico

Paciente de 61 años valorada en urgencias por cuadro HDA con repercusión clínica y hematemática. Se realiza endoscopia oral (EDA), alcanzando segunda porción duodenal, evidenciándose únicamente dos úlceras milimétricas antrales Forrest III que no precisaron tratamiento endoscópico, sin otros motivos de sangrado.

Durante el ingreso, se mantiene con perfusión de omeprazol objetivándose anemia progresiva que motiva la realización de nueva endoscopia oral en la que, además de objetivar la cicatrización completa de las úlceras antrales conocidas, se observa una úlcera milimétrica (Forrest III) de márgenes redondeados en tercera porción duodenal sobre la que no se actúa.

Se decide completar estudio con videocápsula endoscópica, ante nueva anemia con necesidad transfusional, identificando sangrado duodenal sin poder localizar punto exacto del mismo, por lo que se repite estudio endoscópico identificando la úlcera anteriormente descrita con presencia de vaso visible y efecto masa a la visión cercana (**Figura 1**).

La localización de la úlcera hace el manejo endoscópico dificultoso, requiriendo el uso de colonoscopio para mejor accesibilidad y capuchón, realizando terapéutica con



**Figura 1.** Úlcera duodenal con vaso visible y efecto masa.

colocación de hemoclip y polvo hemostático, tomándose además biopsias de la lesión con hallazgos dentro de la normalidad.

Tras dicha EDA se objetiva nueva anemia analítica, lo que motiva nueva endoscopia de revisión para reevaluación de la lesión. En esta última endoscopia no se aprecian signos de sangrado reciente, pudiéndose valorar la úlcera de manera satisfactoria tomando nuevas biopsias con resultado de tumor neuroendocrino bien diferenciado (Grado 1; Ki67<2%).

## Discusión

Los tumores neuroendocrinos son neoplasias raras que se originan en las células neuroendocrinas del tracto gastrointestinal. La clínica más típica es el síndrome carcinoide derivado de la hipersecreción hormonal de dichos tumores (flushing, diarrea, arritmias) siendo el sangrado una forma de presentación rara.

Sin embargo, ante una úlcera gastroduodenal de evolución tórpida y difícil control endoscópico, la etiología neoplásica debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial recomendándose siempre la toma de biopsias para su diagnóstico.

## CP-027. SARCOMA DE KAPOSI CON AFECTACIÓN DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

OJEDA SALVADOR M, MARTÍNEZ-ALCALÁ F

UNIDAD ENDOSCOPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

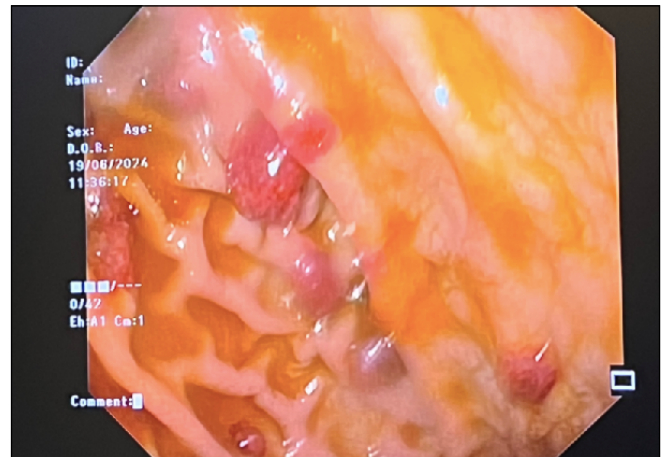
## Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) un tumor vascular asociado con la infección por el herpesvirus humano 8 (HHV-8). El SK epidémico o relacionado con el SIDA es el tumor más común en personas con infección por VIH. Otras variantes son: el SK clásico, endémico o africano y asociado al trasplante de órganos. Con el uso generalizado de la terapia antirretroviral combinada, ha disminuido considerablemente su incidencia.

## Caso clínico

Se trata de un varón de 53 años con infección por VIH diagnosticada en 2019, por un cuadro de astenia, pérdida de peso y febrícula. Al diagnóstico, presentaba 206 CD4+ y una carga viral plasmática de más de 10 millones de copias. Se inicia una triple terapia antirretroviral, siendo la carga viral indetectable al cuarto mes. No obstante, presentó mala adherencia al tratamiento con pérdida de seguimiento. En mayo de 2024 ingresa por shock séptico en situación de extrema gravedad. Al examen físico, presentaba pápulas violáceas indoloras en tronco y miembros. Se solicitó un estudio endoscópico por rectorragia. La endoscopia oral mostró lesiones nodulares y eritematosas, en estómago

y duodeno. En la colonoscopia se visualizaron úlceras profundas, desde sigma hasta colon transverso, siendo más numerosas en tramos distales. Las biopsias tomadas confirmaron que se trataba de un sarcoma de Kaposi con afectación gastrointestinal.



**Figura 1. Múltiples lesiones nodulares y eritematosas en el estómago.**



**Figura 2. Numerosas úlceras profundas con bordes sobreelevados en tracto digestivo bajo.**

## Discusión

El tracto gastrointestinal es el sitio extracutáneo más frecuentemente afectado. Si bien es cierto, la afectación visceral suele ser una manifestación tardía de la enfermedad y es rara su presentación inicial. Esta afectación en algunos casos puede ocurrir en ausencia de enfermedad cutánea.

La afectación del tracto gastrointestinal es frecuentemente asintomática. En algunos casos aparece dolor abdominal, náuseas y vómitos, hemorragia gastrointestinal y, en rara ocasión, obstrucción mecánica y perforación intestinal. La apariencia endoscópica de las lesiones del SK es variable, desde lesiones ulceradas a nodulares.

El diagnóstico de SK debe confirmarse mediante estudio histológico. Los tumores del estroma gastrointestinal y el linfoma comparten características macroscópicas. Se recomienda tomar biopsias de todas las lesiones visualizadas para establecer un diagnóstico correcto.

El tratamiento suele depender de la presencia o ausencia de síntomas. En pacientes con afectación visceral, puede estar indicada la quimioterapia sistémica combinada con terapia antirretroviral.

Creemos que el sarcoma de Kaposi hay que seguir teniéndolo presente en el diagnóstico diferencial, sobre todo si hay baja adherencia al tratamiento. Además, cabe destacar el valor diagnóstico que otorga la endoscopia, al permitirnos estadificar las lesiones y tomar decisiones terapéuticas.

### CP-028. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE CECOILEITIS TUBERCULOSA.

Lancho Muñoz A, López Tobaruela JM, Rodríguez Gómez VM, Redondo Cerezo E

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

#### Introducción

La afectación gastrointestinal es la manifestación extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis. Las alteraciones endoscópicas incluyen hipertrofia, úlceras y estenosis intestinales. Aproximadamente dos tercios de los pacientes mejoran con el tratamiento antituberculoso, requiriendo el resto manejo quirúrgico o endoscópico.

#### Caso clínico

Varón de 53 años en seguimiento por infección por VIH bien controlada, con antecedentes de tuberculosis tratada en 1990, presenta dolor abdominal, hiporexia y pérdida de peso. Se realiza colonoscopia, identificándose en ciego y colon derecho proximal tres ulceraciones, una de ellas de gran tamaño, que ocupa un tercio de la circunferencia, de fondo fibrinado y bordes nodulares (Figuras 1 y 2). Los cultivos de las biopsias resultan positivos para *Mycobacterium tuberculosis-complex*, iniciándose tratamiento antituberculoso. Al mes acude a urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, náuseas posprandiales y estreñimiento refractario. En TC abdominal urgente se observan signos de cecoileítis, con estenosis moderada en íleon terminal y dilatación retrógrada de asas de íleon, sugerentes de cuadro suboclusivo (Figura 3). Se inicia tratamiento con sonda nasogástrica y corticoterapia presentando mejoría clínica, aunque con tendencia al estreñimiento. Actualmente persiste en TC de control segmentos estenóticos, sin evidencia de cambios inflamatorios agudos. El paciente mantiene seguimiento, planteándonos realización de

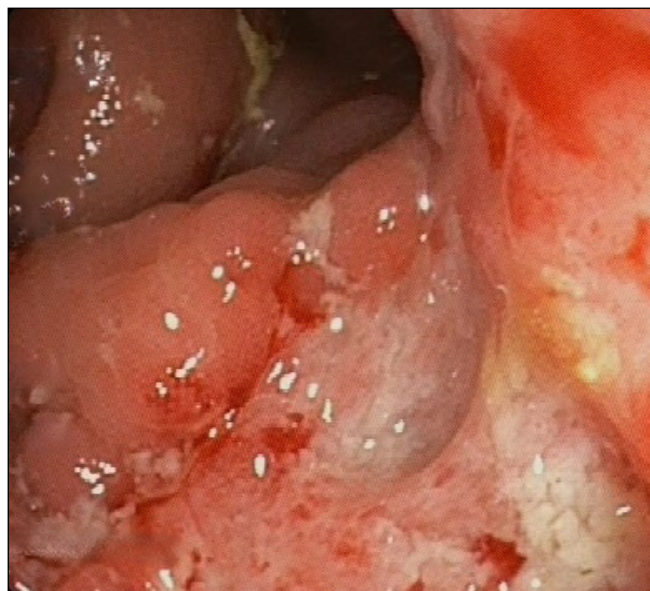


Figura 1. Gran úlcera excava, con fondo fibrinado y que ocupa un tercio de la circunferencia a nivel del ciego.

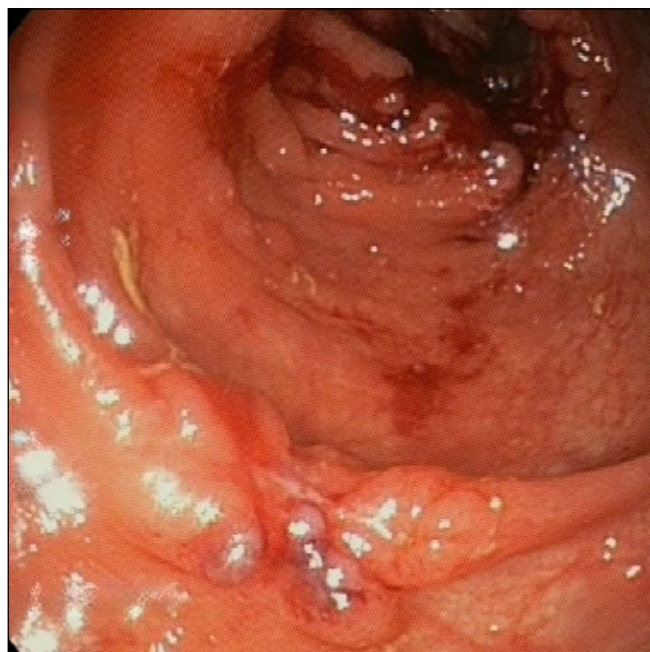
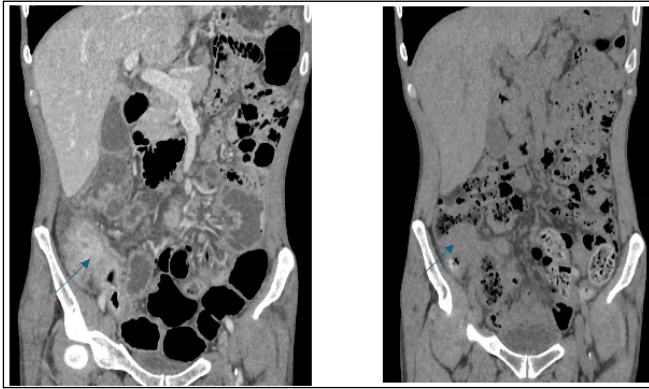


Figura 2. Úlcera de morfología ovalada con eje mayor perpendicular al eje de la luz y mucosa circundante tendente a formar nódulos regulares.

dilatación con balón hidroneumático a nivel ileal en caso de empeoramiento clínico.

#### Discusión

La incidencia de la tuberculosis intestinal está aumentando en los países desarrollados, entre otros motivos por el aumento de pacientes inmunodeprimidos y el aumento de la inmigración procedente de países endémicos. Por ello, los gastroenterólogos deben saber identificar y manejar esta patología endoscópicamente, evitando complicaciones e intervenciones quirúrgicas innecesarias.



**Figura 3.** Imagen izquierda de corte coronal en fase portal de TC abdominal urgente que muestra engrosamiento parietal ileo-cecal y segmentos focales de estenosis moderada en íleon terminal con dilatación retrograda de asas intestinales. Imagen derecha corte coronal de TC abdominal sin contraste transcurrido 3.

## CP-029. OBSTRUCCIÓN BILIAR POR CISTOADENOMA PANCREÁTICO GIGANTE INOPERABLE Y CON VESÍCULA IN SITU TRATADA CON PRÓTESIS PLÁSTICAS CON PIGTAILS INTRACOLEDOCIANOS

Fernández Mascuñano M<sup>1</sup>, Rodríguez-Téllez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

### Introducción

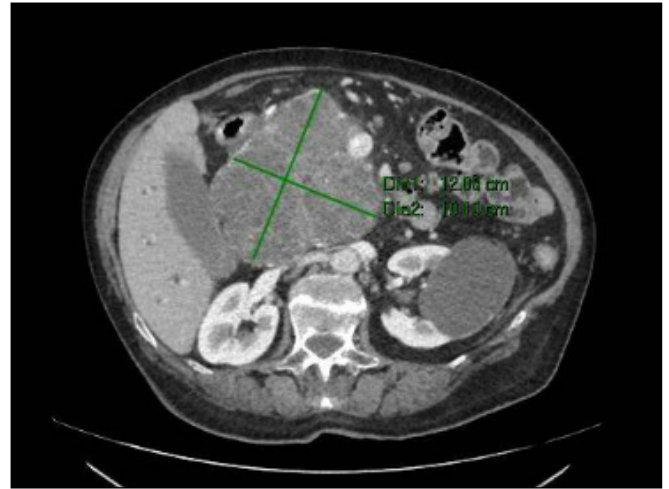
Las estenosis benignas y malignas biliares son indicaciones habituales de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Las opciones de tratamiento incluyen la colocación de prótesis biliares plásticas y prótesis metálicas autoexpandibles, que difieren en la duración de su permeabilidad y en la rentabilidad. En el caso de patologías benignas inoperables con vesícula in situ la decisión terapéutica es difícil.

### Caso clínico

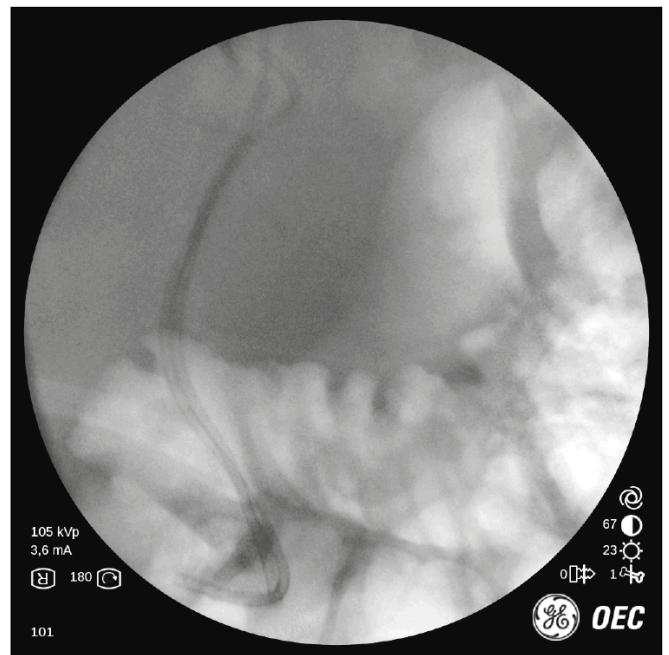
Mujer de 83 años en seguimiento desde hace más de 10 años por cistoadenoma seroso con crecimiento progresivo de 6 a 13 cms. En los últimos controles presentaba empeoramiento clínico con dolor abdominal, colestasis disociada (FA 1500-GGT2000), hidrops vesicular y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, hasta 2 cms (Figura 1).

Cirugía descartó intervención y por ello se decidió realización de CPRE para drenaje de la vía biliar. Se visualizó una estenosis de 12-13 cms con dilatación preestenótica del colédoco proximal y vías biliares intrahepáticas. Se realizó esfinterotomía y colocación de dos prótesis plásticas con pigtail interno de 13 cms (Polaris ultra de 8F y 26 cm de

longitud, seccionándola por la mitad) dejando los cabos rectos saliendo por la papila (Figuras 2 y 3). A pesar de no tener hiperbilirrubinemia, la bilis era muy oscura.



**Figura 1.** Cistoadenoma seroso con crecimiento hasta 13 cm provocando hidrops vesicular y dilatación de vías biliares.

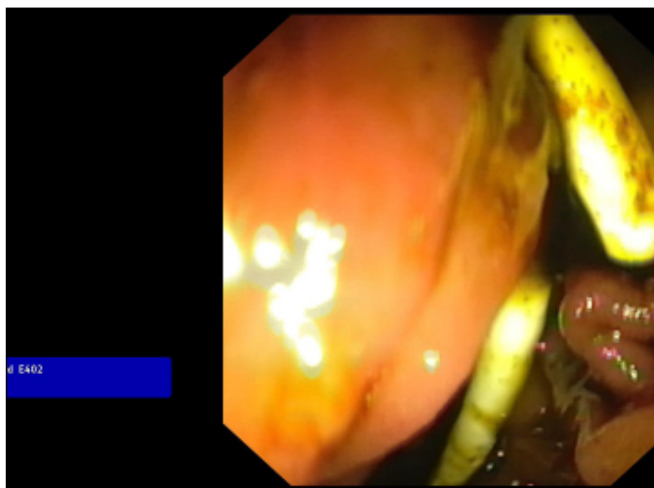


**Figura 2.** Colocación de dos prótesis plásticas con pigtail interno dejando los cabos rectos saliendo por la papila.

En revisiones posteriores la paciente presentaba una mejoría del dolor abdominal y descenso progresivo y marcado de la colestasis.

### Discusión

El tratamiento de las obstrucciones biliares con prótesis es fundamental para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La elección del tipo de prótesis depende de factores clínicos específicos, como la causa de la obstrucción y la expectativa de vida del paciente.



**Figura 3.** Colocación de dos prótesis plásticas con pigtail interno dejando los cabos rectos saliendo por la papila.

Presentamos el caso de una obstrucción biliar secundaria a una lesión quística pancreática tratada con prótesis plástica con doble pigtail interno con buen resultado.

### CP-030. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

García Aragón F, Rodríguez Gómez VM, Abellan Alfocea P, Redondo Cerezo E

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

#### Introducción

La cápsula endoscópica es una de las herramientas más útiles a la hora de evaluar afecciones a nivel de intestino delgado. Se trata de un método seguro y la complicación más temida es su retención, que resulta infrecuente y en la mayoría de casos asintomática.

#### Caso clínico

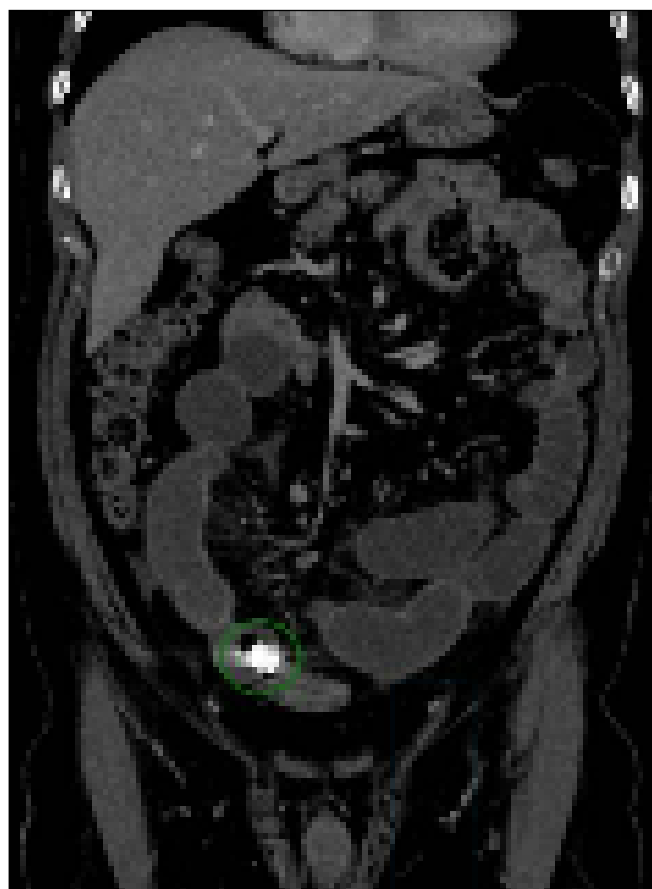
Varón de 52 años en seguimiento por Digestivo por anemia ferropénica y dolor abdominal de larga data. Tras realización de endoscopia digestiva alta y baja sin hallazgos, se procede a exploración mediante videocápsula endoscópica, observándose lesiones ulcerosas a lo largo de intestino delgado proximal, así como un tramo estenótico de aspecto inflamatorio en íleon terminal, que condiciona la retención de la cápsula. Tras ausencia de progresión de la misma en controles radiológicos se inicia tratamiento médico con corticoides.

Tres semanas más tarde el paciente acude a urgencias refiriendo dolor abdominal intenso y vómitos, observándose en TC abdominal obstrucción de intestino delgado secundaria a cápsula endoscópica retenida, siendo necesaria la resección quirúrgica del segmento de íleon terminal estenosante que contenía la cápsula.

Finalmente, el paciente fue diagnosticado de enfermedad de Crohn ileal estenosante.



**Figura 1.** Persistencia de videocápsula endoscópica a nivel de íleon terminal observada en radiografía de abdomen dos semanas tras su ingesta.



**Figura 2.** Obstrucción intestinal secundaria a impactación de videocápsula endoscópica observada en TC abdominal.



**Figura 3.** Dilatación de asas de intestino delgado secundaria a obstrucción ileal observada en TC abdominal.

## Discusión

La incidencia de retención de cápsula endoscópica (definida como la persistencia de la cápsula en el tracto gastrointestinal durante al menos dos semanas, o durante menos tiempo si ocasiona complicaciones que requieran su extracción endoscópica o quirúrgica), varía en función de la indicación de la prueba: 1% en enfermedad celiaca; 2-3% en el estudio del sangrado intestinal oculto; 5-6% ante sospecha de enfermedad de Crohn y hasta un 13% en enfermedad de Crohn confirmada. Este riesgo puede verse incrementado ante factores individuales como antecedentes de cirugía abdominal, radioterapia, patología ulcerosa previa o consumo habitual de antiinflamatorios no esteroideos.

La mayoría de las retenciones descritas son asintomáticas, produciéndose finalmente la expulsión de la cápsula de forma espontánea o tras tratamiento médico con corticoides si se sospecha una estenosis de origen inflamatorio. De hecho, hasta el año 2005 no había registrado en la bibliografía médica ningún caso de obstrucción intestinal aguda por cápsula endoscópica impactada. En caso de una retención asintomática que no pueda ser resuelta con tratamiento médico o métodos endoscópicos, estaría indicada una cirugía programada, dejando así la cirugía urgente para los casos excepcionales de obstrucción completa con riesgo de perforación, como el que presentamos.

## CP-031. TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO: UNA LESIÓN DE ASPECTO IRREGULAR EN EL CONTEXTO DE UNA GASTRITIS ATRÓFICA AVANZADA CON METAPLASIA MULTIFOCAL.

Ruiz Bataller C, Mouhtar El Halabi S, Rodríguez Gallardo M, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

### Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) gástricos tienen baja prevalencia. Suelen ser asintomáticos y se diagnostican normalmente de forma incidental o por una endoscopia solicitada por otra indicación. La mayoría tienen su origen de células semejantes a las enterocromafines (ECL) y existen tres tipos: I, II y III.

### Caso clínico

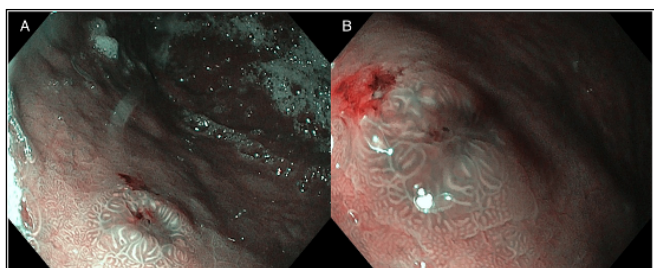
Varón de 60 años con múltiples factores de riesgo cardiovasculares y en seguimiento en consultas de Digestivo por reflujo gastroesofágico y epigastralgia de 10 meses de evolución. Se realizó gastroscopia observándose mucosa del cuerpo gástrico con aspecto atrófico y cambios en el patrón superficial que sugerían focos de metaplasia. En cuerpo bajo hacia curvatura mayor, se observó una lesión sobreelevada con centro pseudodeprimido de unos 8-9mm (Figura 1), con sangrado espontáneo desde su centro. Al caracterizarla con NBI el patrón superficial de la periferia presentó foveolas muy dilatadas y de aspecto irregular, con ausencia de patrón vascular y glandular en su centro (Figura 2A y 2B). Las biopsias fueron compatibles con tumor neuroendocrino bien diferenciado, G1 (Ki67 <3%), además de gastritis atrófica con metaplasia intestinal multifocal en cuerpo, sin cambios en antro con *H. pylori* negativo, en probable contexto con gastritis autoinmune. Pendiente de finalizar estudio de extensión y realizar terapéutica endoscópica.

### Discusión

Los TNE representan el 2% de las neoplasias gástricas primarias. Los tipo 1 (los más frecuentes) se desarrollan en el seno de una gastritis atrófica (autoinmune o secundaria a infección por *H. pylori*). El aspecto endoscópico es muy variable, pudiendo tener distintas morfologías y patrones superficiales. El más característico suele ser una lesión sesil única o múltiple localizada en mucosa oxíntica, de menos de 10mm de tamaño y con un patrón superficial irregular con foveolas periféricas dilatadas y ausencia de patrones vasculares y glandulares en su centro. El tratamiento resectivo endoscópico es factible en la mayoría de los casos. En lesiones mayores de 10mm se recomienda realizar ecoendoscopia para valorar invasión en profundidad y predecir riesgo de metástasis linfáticas.



**Figura 1.** Visión con luz blanca: lesión sésil deprimida en su centro con sangrado espontáneo.



**Figura 2.** Visión con cromoendoscopia virtual con BLI: patrón foveolar periférico muy dilatado e irregular con ausencia de patrón vascular y glandular en su centro. Mucosa periférica de aspecto antralizado, sugestiva de metaplasia.

## CP-032. ESTENOSIS ESOFÁGICA POR LIQUEN PLANO

Osorio Marruecos M, Carnerero Rodríguez JA, Camacho Montañó LM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA. VEJER DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

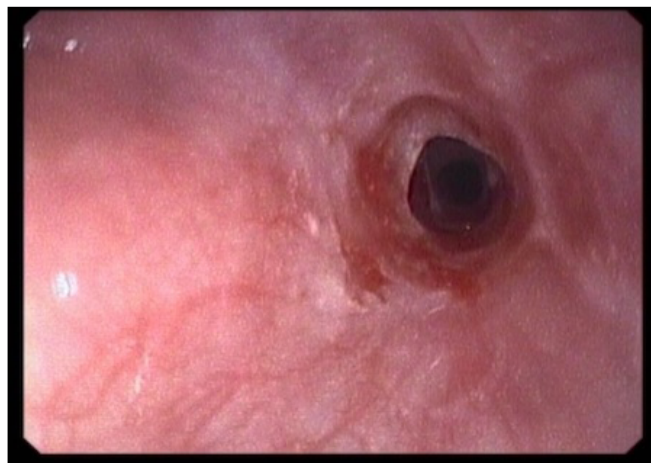
### Introducción

El liquen plano es una enfermedad cutáneo-mucosa inflamatoria de etiología desconocida. La afectación esofágica es más infrecuente, presentándose de forma concomitante a la afectación oral. Afecta fundamentalmente a mujeres de mediana edad o edad avanzada.

Clínicamente se manifiesta como disfagia y odinofagia y suele afectar al tercio superior del esófago.

### Caso clínico

Mujer de 54 años que acude a consulta por empeoramiento de disfagia en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis doble. Como antecedente personal destaca el diagnóstico desde hacía cuatro años de estenosis esofágica de aspecto benigno en tercio superior infranqueable al paso del endoscopio y sin diagnóstico histológico definitivo. Rehistoriando a la paciente, reciente aparición de lesiones erosivas de bordes bien definidos en mucosa oral, así como lesiones a nivel genital. Con la sospecha diagnóstica se decide realizar una endoscopia oral objetivándose una mucosa esofágica de aspecto friable que se desprende al roce del endoscopio y estenosis a nivel de tercio superior siendo ésta infranqueable al paso del endoscopio (Figuras 1, 2 y 3). El estudio anatomopatológico muestra espongirosis epitelial, exocitosis e infiltrado linfocitario intenso en lámina propia, compatible con liquen plano.



**Figura 1.** Mucosa esofágica friable en zona estenótica.



**Figura 2.** Estenosis en esófago superior.

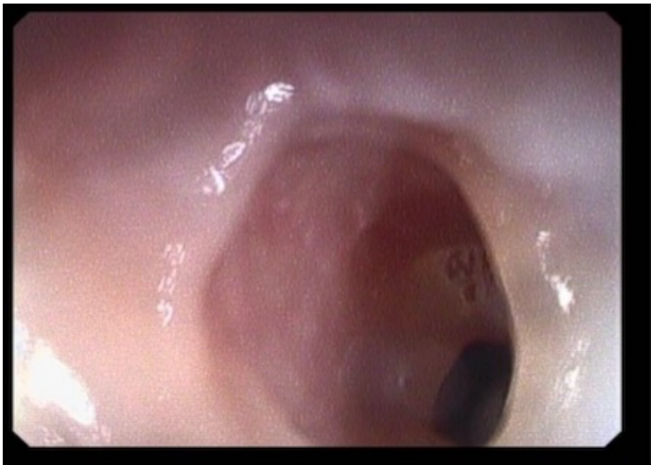


Figura 3. Estenosis infranqueable al paso del endoscopio.

## Discusión

El liquen plano esofágico es una entidad cuyo diagnóstico, a consecuencia de un estudio anatomopatológico no concluyente, se ve retrasado en torno a diez años desde el inicio de la clínica. Este retraso perpetúa el estado proinflamatorio y la persistencia de los síntomas, tal y como sucedió en nuestro caso.

La localización en el tercio superior esofágico nos resulta de utilidad para distinguirlo de una posible enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con afectación distal.

Los tratamientos descritos incluyen medicamentos como corticoides sistémicos, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, rituximab y retinoides sistémicos.

La persistencia de estenosis conlleva a dilataciones esofágicas repetidas, que necesitarán de un control previo del proceso inflamatorio de base para evitar nuevas lesiones que pueden estar producidas por el fenómeno de Koebner.

Debido a la posible degeneración maligna se recomienda revisión endoscópica de estos pacientes.

## CP-033. DISFAGIA Y PSEUDODIVERTICULOSIS INTRAMURAL ESOFÁGICA

Calderón Chamizo M, Ternero Fonseca J, Naranjo Pérez A, Quirós Rivero P, Maraver Zamora M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

## Introducción

La pseudodiverticulosis intramural esofágica es una entidad rara (<1%) definida por la hipertrofia de las glándulas mucíparas submucosas asociando cierta dilatación quística de sus conductos excretores, no siendo por tanto una verdadera diverticulosis.

## Caso clínico

Realizamos endoscopia oral con indicación de disfagia a un paciente de 72 años, exbebedor y exfumador de corta data y sin antecedentes de interés.

En la exploración, se objetiva una mucosa esofágica frágil con múltiples "divertículos" puntiformes, de pequeño tamaño (<5 milímetros), hallándose el grosor de las lesiones entre los 28 y 38 centímetros de la arcada dentaria, entidad compatible con pseudodiverticulosis intramural esofágica, que no biopsiamos por la laceración mucosa producida.

Se instauró tratamiento con IBPs y se hizo hincapié en el abandono total de hábito tabáquico y alcohol. Se pospusieron las dilataciones por la laceración mucosa producida durante la exploración.

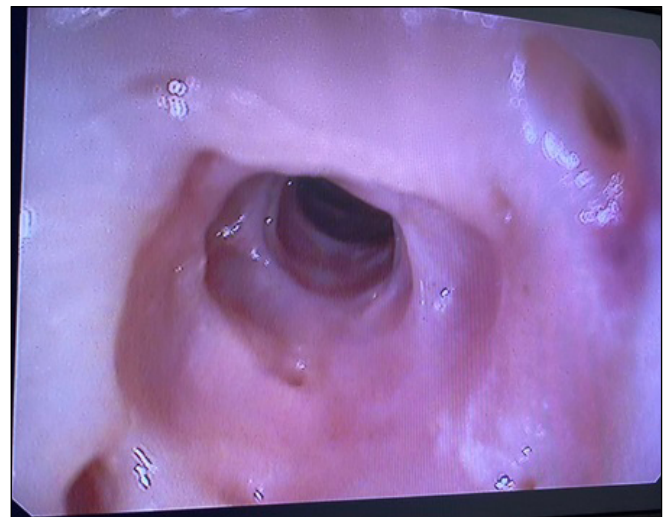


Figura 1. Imagen endoscópica a nivel esofágico.

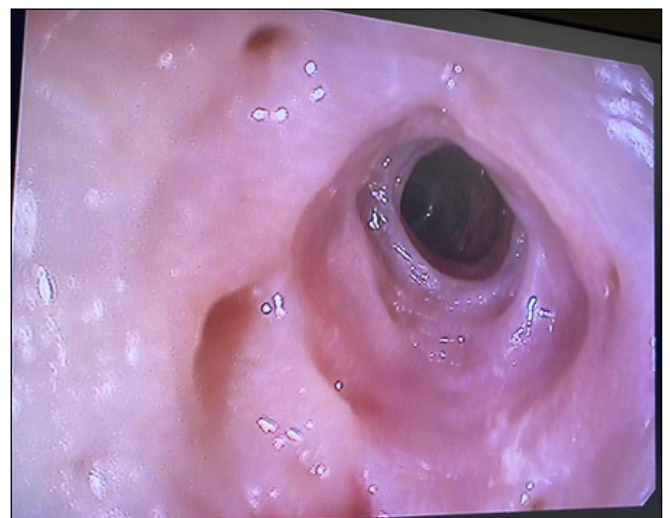


Figura 2. Múltiples "divertículos" entre los 28 y 38 centímetros de la arcada dentaria.

## Discusión

La pseudodiverticulosis intramural esofágica puede presentarse de manera difusa o localizada (como es el caso de nuestro paciente), asociando trastornos funcionales mioneurovasculares parietales y, en ocasiones, estenosis esofágicas por fibrosis submucosa, tanto a nivel de esófago proximal como distal.

Si bien su etiología es desconocida, se ha asociado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, candidiasis esofágica, etilismo crónico y hábito tabáquico.

El tratamiento depende de la sintomatología presente siendo la disfagia a sólidos la más frecuente, aunque también esta entidad puede cursar de manera asintomática. Principalmente se basa en: dilataciones, cuando existen estenosis; IBPs a dosis dobles, si existe reflujo patológico; y suspensión de los factores predisponentes.

### CP-034. MASA ABDOMINAL SECUNDARIA A LINFOMA PRIMARIO DE CÉLULAS DEL MANTO DUODENAL, UNA ENTIDAD INFRECIENTE.

Parra López B, Alonso Belmonte C, Bravo Aranda AM, Fernández Cornax A, Diego Martínez R, Rubio Enrile C, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

## Introducción

El tracto gastrointestinal es una localización frecuente del linfoma extraganglionar en su afectación secundaria (10-60%), siendo inhabitual (1-4%) la presencia de linfomas primarios gastrointestinales. A pesar de su rareza, los linfomas primarios son relevantes, ya que su evaluación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico difiere de otros procesos neoplásicos a este nivel. La gran mayoría son linfomas no Hodgkin, como la variante células del manto.

Suelen cursar con clínica inespecífica y síntomas atribuibles al compromiso luminal.

## Caso clínico

Paciente de 82 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por astenia, anorexia, pérdida de 12 kg de peso y dolor abdominal difuso de 2 meses de evolución. A la exploración se palpa masa en mesogastrio. El paciente ingresa en planta para estudio.

Durante la hospitalización se realizan análisis sanguíneos que incluyen marcadores tumorales digestivos con resultados negativos. Se realiza TC de tórax y abdomen con hallazgos de masa en primera porción duodenal de unos 11cm de diámetro máximo que no genera obstrucción intestinal y, además, una masa adenopática retroperitoneal de 14cm de diámetro máximo que infiltra vasos renales

izquierdos, pelvis renal, uréter y vasos mesentéricos inferiores asociando múltiples adenopatías mesentéricas, inguinales bilaterales, mediastínicas y periaórticas, sospechando proceso linfoproliferativo gastrointestinal primario con afectación diseminada a distancia como primera presunción diagnóstica.

Ante dichos hallazgos se realiza endoscopia digestiva alta observándose masa de aspecto neoplásico limitada a bulbo duodenal, muy friable al roce y a la toma de biopsias, que ocupa el 75% de la circunferencia sin generar estenosis infranqueable al endoscopio. Se envían múltiples biopsias para estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico, con hallazgos de mucosa duodenal infiltrada por linfoma de células del manto variante clásica (CD5+, CD23-, CD200).

Una vez realizados los estudios complementarios y confirmar la ausencia de obstrucción intestinal a nivel duodenal, el paciente pasa a cargo de Hematología para continuar estudio e iniciar tratamiento quimioterápico.

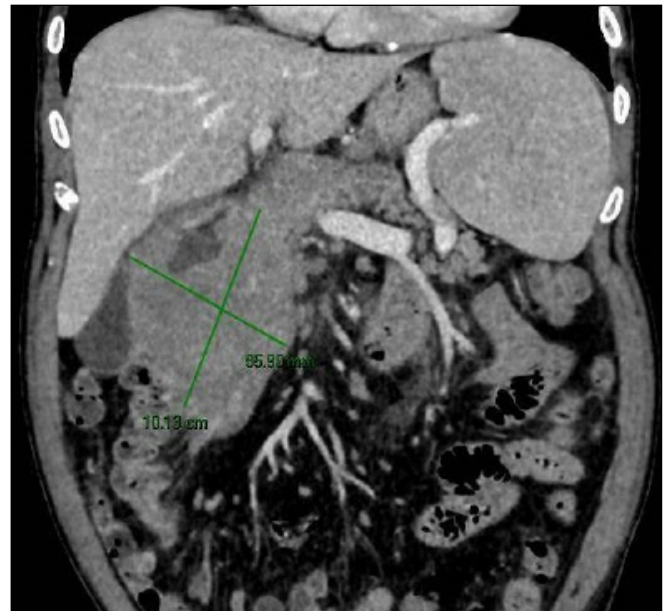
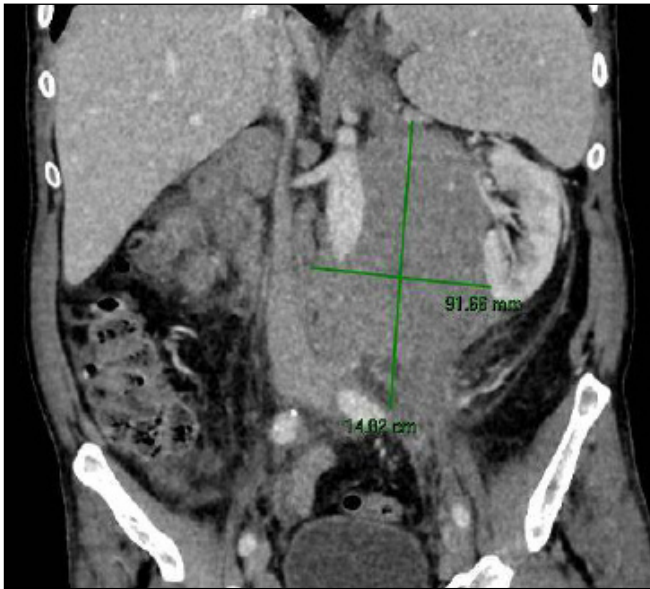


Figura 1. Corte coronal de TC de abdomen en el que se observa masa en primera porción duodenal de unos 10cm de diámetro máximo que no condiciona obstrucción intestinal secundaria.

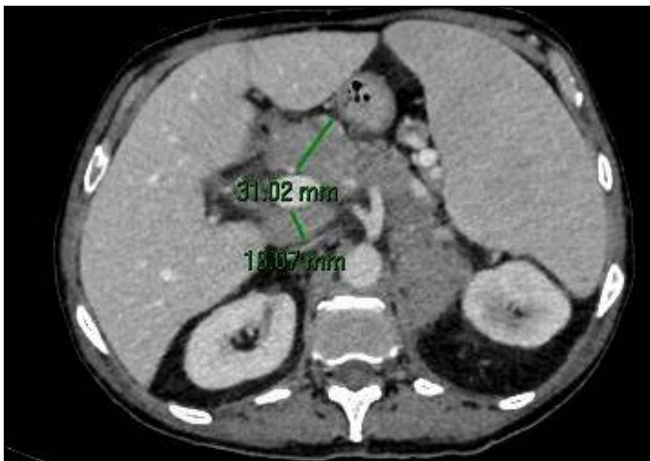
## Discusión

A pesar de que el intestino delgado supone más del 75% de la longitud del tubo digestivo, los procesos neoplásicos a este nivel son muy infrecuentes. Los linfomas constituyen la tercera neoplasia primaria del intestino delgado por orden de frecuencia, tras adenocarcinomas y tumores carcinoides, por lo que se deben incluir en el diagnóstico diferencial.

La endoscopia es una herramienta muy útil para caracterizar las lesiones y para tomar biopsias para su estudio histológico. La sospecha y el diagnóstico precoz repercutirá positivamente en la instauración de un tratamiento dirigido y en un mejor pronóstico para el paciente.



**Figura 2.** Corte coronal de TC de abdomen el que se aprecia masa adenopática retroperitoneal de unos 14cm de diámetro máximo que infiltra vasos renales izquierdos, pelvis renal, uréter y vasos mesentéricos inferiores.



**Figura 3.** Corte transversal de TC de abdomen en el que se evidencian adenopatías patológicas de 3cm y 1.6cm en tronco celiaco y área porto-cava respectivamente.

### CP-035. EROSIÓN DE LA BANDA GÁSTRICA: UNA COMPLICACIÓN DEL BANDING GÁSTRICO

Moreno Barrueco M, Martín Navas MA, Gijón Villanova R, Extremera Fernández A, Gutiérrez Holanda C, López Peña C, Baute Trujillo EA, Soler Góngora M, Bailón Gaona MC, Lorente Martínez MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

#### Introducción

El banding gástrico es una intervención de cirugía bariátrica que condiciona la colocación de una banda alrededor de la parte superior del estómago. Se trata de una terapia eficaz para la obesidad mórbida pero no está exenta de complicaciones.

#### Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 62 años con antecedente de obesidad tratado mediante colocación de banda gástrica endoscópica en 2015, que comienza con dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre intermitente desde hace un mes. Se le realiza un TC abdominal en urgencias que evidencia banding gástrico normocolocado y sin signos de infección (Figuras 1-3). Dada la persistencia de la clínica del paciente se realiza una gastroscopia con hallazgo a nivel de la transición gastroesofágica e intraluminalmente, un material amarillento compatible con dispositivo de banda gástrica (Figura 4). Mediante retrovisión se observa claramente en la región subcardial el dispositivo de material plástico, amarillento y negrozco por erosión del mismo, compatible con penetración mucosa intraluminal parcial de la banda gástrica (Figura 5) con mucosa circundante ulcerosa sospecha de sobreinfección asociada.



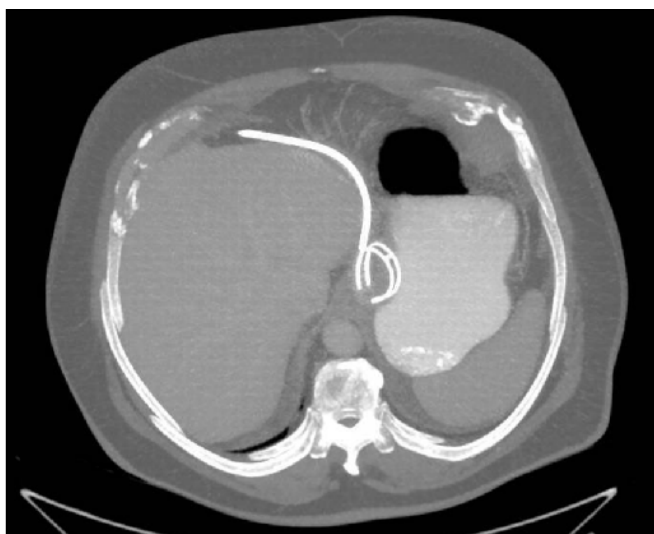
**Figura 1.** Reconstrucción tridimensional de TC abdominopélvico.

#### Discusión

Las complicaciones más frecuentes incluyen el desplazamiento de la banda, manifestándose clínicamente con vómitos y disminución en su eficacia terapéutica, la erosión intraluminal de la misma, infección en el sitio de implantación y reflujo gastroesofágico debido al aumento de la presión intragástrica. La erosión de la banda gástrica constituye una complicación relevante, con una incidencia estimada en aproximadamente el 7 % de los casos. Este fenómeno ocurre cuando la banda migra hacia la luz gástrica, desencadenando sintomatología como dolor abdominal, náuseas, vómitos persistentes y, en ciertos casos, la formación de abscesos o fístulas gastroesofágicas. Entre los factores predisponentes

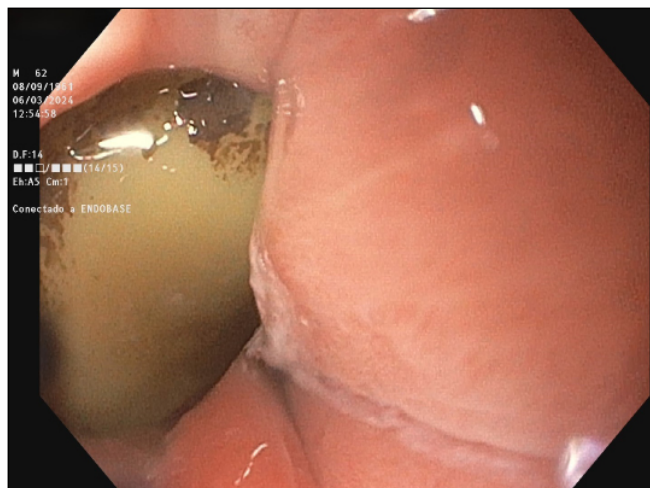


**Figura 2.** Corte coronal de TC abdominopélvico con contraste donde se visualiza banding gástrico sin aparente complicación.

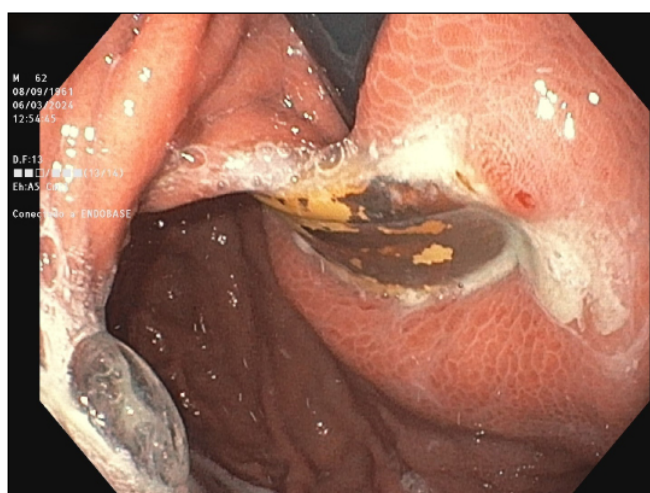


**Figura 3.** Corte axial de TC abdominopélvico con contraste donde se visualiza banding gástrico en transición esofagagástrica.

destacan el uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y un ajuste excesivamente ceñido de la banda, lo cual puede inducir isquemia en la pared gástrica. El manejo terapéutico de esta complicación suele implicar la remoción de la banda, ya sea mediante procedimientos endoscópicos o cirugía laparoscópica, y en situaciones más graves puede ser necesario realizar reparaciones en el tejido gástrico afectado, incluyendo la colocación de stents para el tratamiento de las fístulas asociadas. Además, algunas presentaciones postoperatorias pueden incluir infecciones o abscesos que requieren drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico. La intervención temprana resulta fundamental para evitar desenlaces severos como hemorragias o perforaciones gástricas.



**Figura 4.** Imagen endoscópica de la unión gastroesofágica.



**Figura 5.** Imagen endoscópica del cardias en retroversión.

La literatura sugiere que un enfoque multidisciplinario, con la participación de cirujanos, gastroenterólogos y especialistas en enfermedades infecciosas, es crucial para optimizar el pronóstico y reducir el riesgo de recurrencia de los síntomas.

### **CP-036. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN RELACIÓN A TOXICIDAD FARMACOLÓGICA: REPORTE DE UN CASO.**

**Naranjo Pérez A, Ternero Fonseca J, Calderón Chamizo M**

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

#### **Introducción**

El sunitinib es un inhibidor de la tirosina quinasa (TKI) del receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), que se utiliza para el tratamiento del carcinoma avanzado de células renales (CCR), entre otros.

## Caso clínico

Varón de 81 años con antecedente de carcinoma renal de células claras estadio IV en tratamiento con Sunitinib de inicio reciente. Consulta por cuadro de hematemesis asociada a melenas de varios días de evolución con anemia. Niega consumo de fármacos gastrolesivos así como clínica de reflujo gastroesofágico.

Se realiza endoscopia oral urgente apreciándose ulceraciones lineales y fibrinadas, que afectan a toda la circunferencia y se extienden desde los 34cm a los 22cm de AD. Además, se visualizan varios coágulos en la luz esofágica que se aspiran, siendo compatible con esofagitis severa.



**Figura 1.** Hallazgos endoscópicos con úlceras esofágicas fibrinadas en relación a esofagitis severa.

## Discusión

Tras la endoscopia el paciente ingresa, suspendiéndose tratamiento con Sunitinib con buena evolución clínica pudiendo ser dado de alta con IBP. Tras ello en endoscopia de control, resolución de hallazgos endoscópicos previos por lo que se asume que el origen más plausible es farmacológico (Sunitinib) por lo que se realiza modificación de terapia.

La complicación hemorrágica más frecuente en pacientes con CCR en tratamiento con TKI VEGFR es la epistaxis. El metanálisis de Je Y, Schutz FA et al sobre el riesgo hemorrágico con dicho tratamiento reveló que la incidencia de eventos hemorrágicos fue del 16,7 %.

Sin embargo, las características clínicas y endoscópicas del sangrado gastrointestinal no están bien descritas. Por esto, no existe consenso sobre la estrategia óptima para su diagnóstico y tratamiento.

## CP-037. PAPILOMATOSIS ESOFÁGICA

Ojeda Salvador M, Martínez-Alcalá F

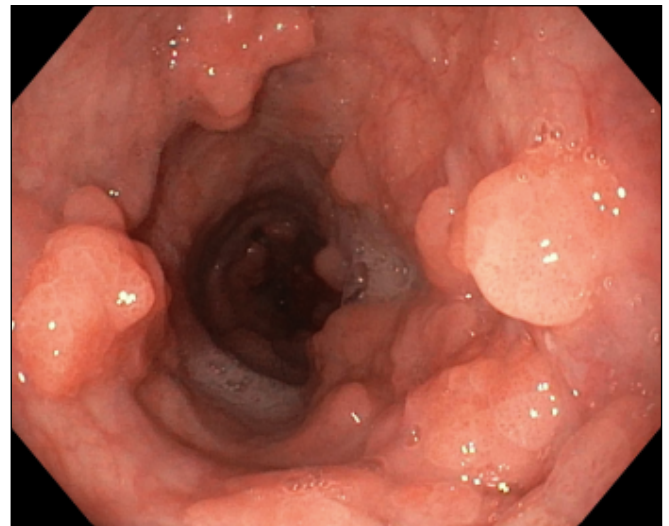
UNIDAD ENDOSCÓPICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

### Introducción

La papilomatosis esofágica es un tumor benigno del epitelio escamoso. Se relaciona con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y con el virus del papiloma humano (VPH). Aunque su histología es benigna, requiere un seguimiento endoscópico con toma de biopsias, dado el potencial carcinogénico asignado al VPH.

### Caso clínico

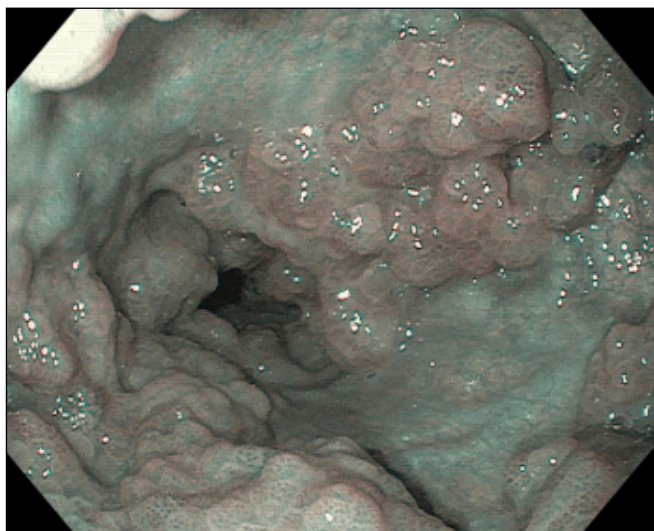
Se trata de una mujer de 52 años, con antecedentes familiares de primer grado de CCR y sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestras consultas por clínica de pirosis. Se realizó endoscopia oral, observándose un esófago tapizado de forma difusa por formaciones elevadas de aspecto papilar. La histología fue de papilomatosis esofágica, sin displasia epitelial en ese momento. Se realizó IHQ resultando positiva para VPH. En la colonoscopia se objetivaron divertículos aislados en colon izquierdo. En nuestro caso, dada la afectación difusa, se decidió por un manejo conservador con seguimiento endoscópico cada 1-2 años.



**Figura 1.** Se aprecian numerosas formaciones verrucosas a lo largo de todo el esófago, con escasa mucosa sana alrededor.

### Discusión

La papilomatosis esofágica es un tumor benigno del epitelio escamoso, con una prevalencia algo menor al 1%. Si bien cabe destacar los pocos casos que hay descritos en la literatura, siendo en su mayoría acerca de la afectación de la vía respiratoria. En la mayoría de los casos, supone un hallazgo incidental en la endoscopia. Su etiología está en



**Figura 2.** *Narrow Band Imaging (NBI) nos permite apreciar una superficie lisa, sin ulceración, con bordes regulares y con un patrón capilar intraepitelial normal.*

relación con ERGE y VPH. Tiene predominio en el género masculino, en una relación 3:1. El diagnóstico se realiza por los hallazgos endoscópicos, corroborados por un estudio anatomopatológico. Si es posible, se realiza una resección completa de las lesiones, aunque la enfermedad recidiva con frecuencia y, a veces, se suele optar por un tratamiento conservador.

### **CP-038. PÓLIPOS ESOFÁGICOS: UN HALLAZGO INESPERADO A TENER EN CUENTA**

**Benavente Oyega MA, Campos Gonzaga L, León Sanjuán GF, Hernani Álvarez JA**

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

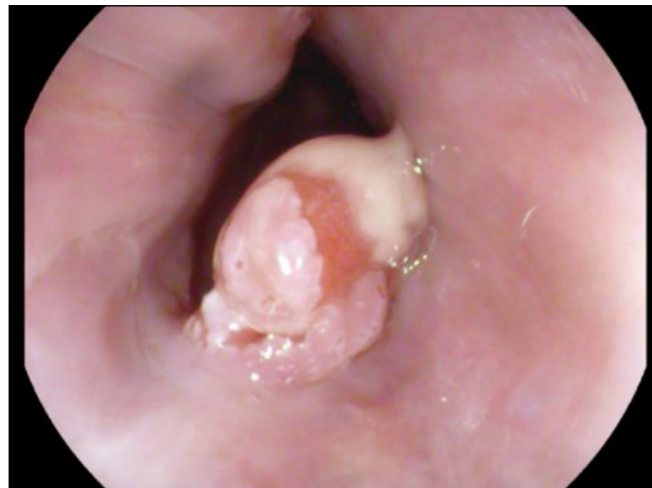
#### **Introducción**

Los pólipos esofágicos son una entidad poco frecuente y difícil de sospechar, siendo en multitud de ocasiones un hallazgo incidental en la exploración endoscópica solicitada por otro motivo.

#### **Caso clínico**

Varón de 49 años que acude derivado desde el servicio de Endocrinología de nuestro hospital para estudio prequirúrgico de cirugía bariátrica, estando este asintomático desde el punto de vista digestivo. En endoscopia Digestiva Alta (EDA) se objetivan dos lesiones excrecentes ulceradas de unos 4-5mm de diámetro (**Figura 1**), sobre mucosa de aspecto ectópico, en esófago cervical, a unos 2cm de la boca de Killian, que fueron biopsiadas, sin evidenciarse otras alteraciones en el resto de la exploración. Se resecaron satisfactoriamente de manera programada de forma endoscópica y con asistencia

anestésica tras conocer la histología de las lesiones, que fue de adenomas vellosos ulcerados con displasia leve, realizándose a los 7 meses EDA de control, donde volvían a evidenciarse dos lesiones polipoideas de similares características, sobre las que se toman biopsias que fueron informadas como pólipos hiperplásicos y sobre los cuales no se ha actuado.



**Figura 1.** *Lesiones excrecentes ulceradas de unos 4-5 mm sobre mucosa de aspecto ectópico en esófago cervical.*



**Figura 2.** *Exploración endoscópica para resección de pólipos.*

#### **Discusión**

Las lesiones esofágicas endoluminales normalmente cursan de manera asintomática y tienen un potencial de malignización bajo. No obstante, deben ser siempre estudiadas. Podemos encontrar lesiones sobreelevadas, planas o, menos frecuentemente, quísticas.

En este caso fueron lesiones sobreelevadas con diagnóstico histológico de adenomas vellosos con displasia de bajo grado en un primer momento y posteriormente de pólipos hiperplásicos. Los adenomas normalmente aparecen en el contexto de esófago de Barret y por tanto pueden



**Figura 3.** Recidiva con evidencia de pólipos hiperplásicos.

tener degeneración maligna, por lo que deben resecarse. Los pólipos hiperplásicos son más frecuentes en otras localizaciones del aparato digestivo, y solo se actuaría sobre ellos en caso de causar sintomatología relevante como disfagia o sangrado.

Otras lesiones esofágicas a destacar pueden ser: sobreelevadas (papilomas, linfangiomas o hemangiomas), planas (glándulas sebáceas heterotópicas o la acantosis glicogenada) o quísticas (quistes broncogénicos o enterogénicos).

### **CP-039. ENDOMETRIOSIS INTESTINAL PROFUNDA: UN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**

**Osorio Marruecos M, Camacho Montaña LM, Carnero Rodríguez JA**

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA. VEJER DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

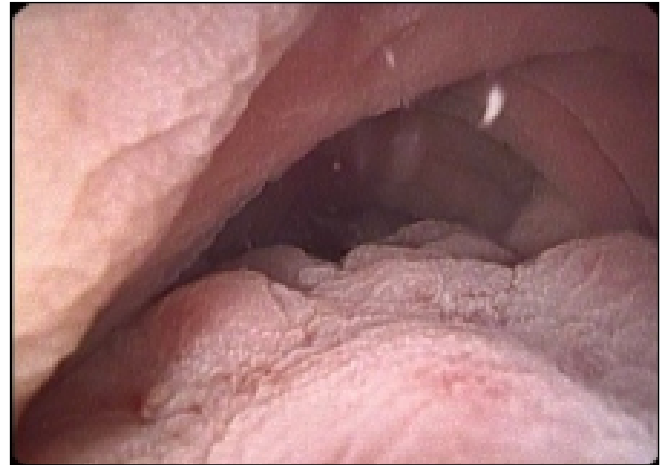
#### **Introducción**

La endometriosis es un trastorno ginecológico caracterizado por la presencia de glándulas endometriales y estroma en sitios extrauterinos. La afectación intestinal ocurre en el 5-15 % de los casos siendo la localización rectal la más afectada.

#### **Caso clínico**

Mujer de 37 años con dolor en región perianal y alteración del hábito intestinal con episodios de hasta doce deposiciones diarias acompañadas de rectorragia. Se realiza una colonoscopia identificándose a 12 centímetros (cm) del margen anal externo una compresión extrínseca con mucosa eritematosa y en empedrado de aspecto inflamatorio sugestiva de foco de endometriosis (**Figura 1 y 2**); se realizan biopsias sobre biopsias con resultado de inflamación crónica sin signos histológicos de actividad. Ante la sospecha endoscópica se solicita resonancia magnética (RMN) de pelvis que confirma la

presencia de una placa retrocervical endometriósica de 36 milímetros (mm) que infiltra recto. La paciente es derivada a ginecología instaurándose tratamiento hormonal con mejoría clínica.



**Figura 1.** Foco de endometriosis rectal.



**Figura 2.** Imagen endoscópica: endometriosis rectal.

#### **Discusión**

La endometriosis intestinal clínicamente se manifiesta por síntomas propios de la endometriosis como dismenorrea, dispareunia o infertilidad y síntomas gastrointestinales inespecíficos como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y dolor o sangrado rectal. La inespecificidad de los síntomas hace que sea preciso un amplio diagnóstico diferencial, especialmente cuando los síntomas propios de la endometriosis no están presentes.

La endometriosis intestinal constituye una forma de endometriosis infiltrante profunda. La anatomía patológica rara vez es útil en el diagnóstico pues la mucosa está infiltrada en menos del 5% de las lesiones intestinales. Sin embargo, destacamos los hallazgos endoscópicos que junto a una historia clínica adecuada permiten sospechar esta entidad.

El manejo de esta patología engloba el tratamiento de los síntomas y el tratamiento ginecológico hormonal; posponiendo la cirugía por las complicaciones derivadas de ésta.

### **CP-040. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INFRECUENTE: LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES.**

**Gutiérrez Holanda C, Moreno Barrueco M, Extremera Fernández A, Baute Trujillo E**

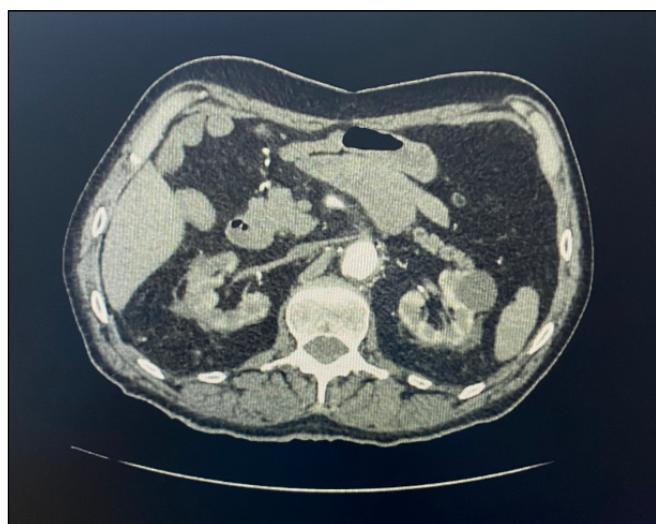
SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

#### **Introducción**

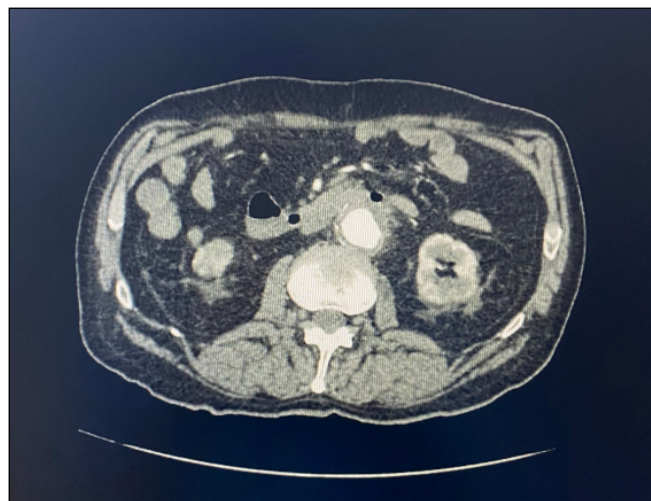
La sospecha de hemorragia digestiva (HD) debe ir seguida de una historia clínica y exploración física exhaustivas dirigidas a determinar su origen más probable. Los antecedentes personales y la forma de presentación de la HD van a ser fundamentales para establecer el diagnóstico de sospecha y actuar en consecuencia.

#### **Caso clínico**

Varón de 74 años con antecedente de aneurisma de aorta yuxtarenal intervenido en 2021 mediante bypass aorto-ilíaco con prótesis de Dacron, que es remitido a urgencias por rectorragia y síncope. Se realiza angiografía por tomografía computarizada (angioTC) abdominal que describe imágenes sugerentes de coágulos en todo el tracto gastrointestinal sin apreciar signos evidentes de sangrado activo y presencia de cambios inflamatorios en la grasa periaórtica a la altura de la tercera porción duodenal, posiblemente secundarios a un proceso infeccioso-inflamatorio local (Figuras 1 y 2).



**Figura 1.** Imagen de angioTC abdominal que muestra la presencia de cambios inflamatorios en la grasa periaórtica a la altura de la tercera porción duodenal, posiblemente secundarios a un proceso infeccioso-inflamatorio local.



**Figura 2.** Imagen de angioTC abdominal que muestra la presencia de cambios inflamatorios en la grasa periaórtica a la altura de la tercera porción duodenal, posiblemente secundarios a un proceso infeccioso-inflamatorio local.

Ante la sospecha de hemorragia centinela por fístula aortoentérica, se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) en presencia de cirujanos vasculares en quirófano con el paciente intubado. Para alcanzar una mayor distancia, se emplea el colonoscopio y se explora hasta agotarlo, distal al ángulo de Treitz, sin lograr visualizar ningún punto sugestivo de ser el origen del sangrado ni hemorragia activa. En un segundo tiempo, se completa el estudio con endoscopia digestiva baja (EDB), sin hallazgos destacables.

Finalmente, el paciente es intervenido realizándose recambio de endoprótesis aórtica y resección de la porción de duodeno en contacto con la aorta. Tras la intervención, el paciente se mantiene estable y con buena situación clínica, sin nuevos episodios de sangrado.

#### **Discusión**

La fístula aortoentérica (FAE) consiste en una conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal, siendo el duodeno la zona más frecuente, que se origina por compresión de un aneurisma aórtico o por erosión/inflamación/infección de una prótesis aórtica. No es un escenario clínico habitual, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante un paciente con factores de riesgo y HD porque el desenlace puede ser fatal (hemorragia exanguinante). El primer paso en el diagnóstico, es la realización de angioTC. En caso de ausencia de FAE, el siguiente paso es la EDA. La ausencia de sangrado activo o la presencia de otras lesiones no descarta la existencia de FEA. Durante la EDA se puede desencadenar un sangrado masivo si se desprende un trombo que esté manteniendo la FAE cerrada. Los pacientes con sospecha de FAE que se presentan con una hemorragia masiva deben abordarse directamente en quirófano.

## CP-041. UN TWIST POTENCIALMENTE MORTAL: HERNIA DE HIATO GIGANTE COMPLICADA CON VOLVULACIÓN GÁSTRICA MESOAXIAL

Pérez Campos E<sup>1</sup>, Sánchez Moreno S<sup>2</sup>, Villegas Pelegrina P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. LEGANÉS, MADRID. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

### Introducción

El vólvulo gástrico es una condición infrecuente que consiste en la rotación del estómago sobre uno de sus ejes, ocasionando un cuadro obstructivo que, de no identificarse a tiempo, puede ocasionar isquemia y necrosis gástrica por estrangulación, lo que puede resultar mortal. Los síntomas larvados conllevan retraso en el diagnóstico, y el tratamiento es la devolvulación quirúrgica urgente, además de gastropexia o, en casos de isquemia establecida, gastrectomía. Presentamos el caso de un paciente con disfagia progresiva, diagnosticado de un vólvulo gástrico en el interior de la hernia hiatal gigante.

### Caso clínico

Varón de 74 años exfumador y exbebedor acude a Urgencias por disfagia progresiva de meses de evolución hasta presentar intolerancia oral con regurgitación inmediata de cualquier ingesta, además de pérdida de peso no cuantificada. Tanto la exploración como la analítica inicial resultan anodinas, decidiéndose estudio intrahospitalario, sospechando origen tumoral del cuadro.

En la gastroscopia se observa esofagitis grave y una gran dilatación gástrica secundaria a hernia hiatal gigante, completando la exploración con dificultad por deformación de la cavidad gástrica. La TC evidencia gran parte de la cavidad gástrica volvulada en el interior de la hernia hiatal, y el paciente se somete a laparoscopia, reconvertida a laparotomía supraumbilical por dificultad a la disección del saco herniario (al estar este encarcerado). Se observa isquemia en fundus, pudiendo preservarlo por recuperación de su vascularización, y realizando la reducción del contenido herniario en tórax a cavidad abdominal, además de una funduplicatura tipo Nissen. Tras un postoperatorio favorable, finalmente es dado de alta.

### Discusión

Distinguimos el vólvulo organoaxial, donde la rotación se produce sobre el eje longitudinal gástrico, y el mesoaxial (mucho más infrecuente), con rotación sobre el eje corto, como el caso de nuestro paciente. Las hernias hiatales grandes suponen el principal predisponente del vólvulo gástrico, dada la existencia de presión negativa intratorácica que retroalimenta el efecto de succión del contenido herniado.

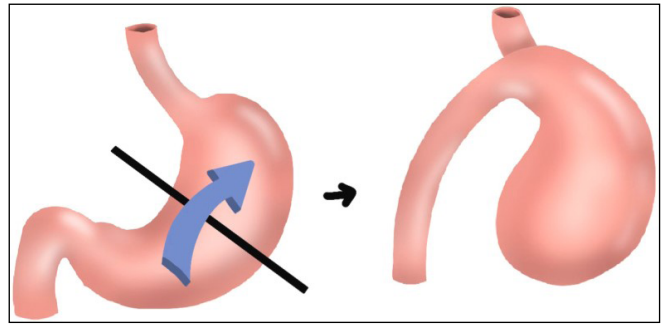


Figura 1. Mecanismo de torsión del vólvulo mesoaxial, donde el estómago se pliega sobre su eje menor (flecha azul).

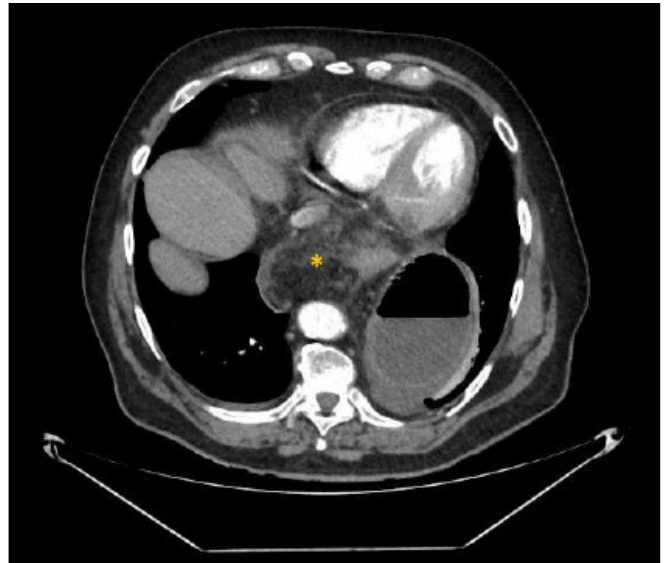


Figura 2. Corte axial de la TC. Parte de la cámara gástrica alojada a nivel intratorácico (en mediastino posterior), con nivel hidroaéreo. También, herniación de la grasa mesentérica (asterisco).

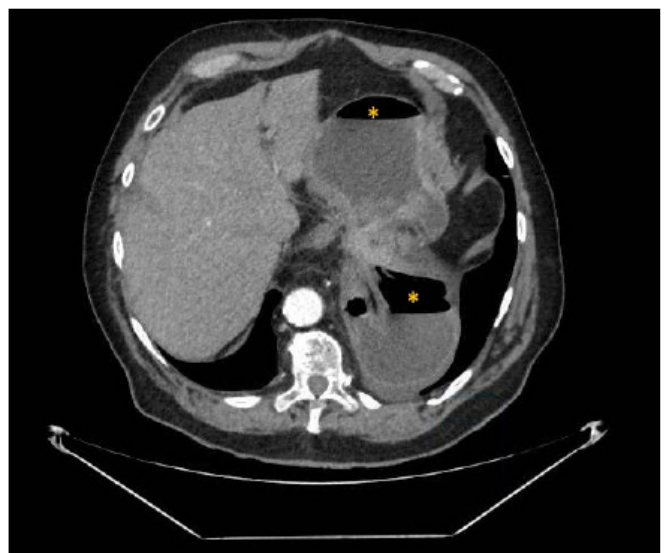


Figura 3. Corte más inferior. Cavidad gástrica volvulada y distendida con doble nivel hidroaéreo (asteriscos) en morfología de reloj de arena, con estrechamiento a nivel del hiato diafragmático.

Se han reportado casos de devolvulación endoscópica mediante la maniobra alfa-loop, aunque con pobres resultados y elevado riesgo de recurrencia (al no solucionar el defecto anatómico). Por ello, el tratamiento sigue siendo eminentemente quirúrgico, asociando cirugía antirreflujo en el mismo acto en caso de esofagitis grave.

Desgraciadamente, el diagnóstico puede retrasarse dado que la sintomatología no es siempre aguda. Además, ante un diagnóstico previo de hernia, cualquier clínica tiende a atribuirse a la misma, conllevando aún a más retraso. Casos como este deben hacernos pensar en esta condición altamente infrecuente pero extremadamente grave.

### CP-042. TUBERCULOSIS INTESTINAL SIN AFECTACIÓN PULMONAR CONCOMITANTE, UN DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO.

Lecuona Muñoz M, Fernández Cano MC, Tendero Peinado C, Fernández García R, Redondo Cerezo E

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

#### Introducción

La tuberculosis intestinal constituye una entidad infrecuente que asocia sintomatología inespecífica, y que requiere de un alto grado de sospecha en pacientes con factores de riesgo para su aparición, fundamentalmente inmunosupresión.

#### Caso clínico

Varón de 53 años VIH positivo, que acude a urgencias por dolor intenso en fosa iliaca derecha. En la exploración presenta dudosa sensación de masa en dicha localización por lo que se solicita TAC abdominal, identificando cecoileítis de probable etiología inflamatoria o infecciosa. Se realiza colonoscopia donde se observan úlceras de gran tamaño en ciego y colon derecho con mucosa circundante nodular (Figuras 1 y 2). Ante la sospecha de tuberculosis intestinal, se toman biopsias colónicas para PCR de Mycobacterium tuberculosis-complex. Se obtiene resultados positivos y por tanto, se inicia tratamiento tuberculostático. Transcurridas cuatro semanas consulta nuevamente por aumento de dolor y síndrome emético realizándose TAC, que muestra estenosis ileal y cuadro suboclusivo asociado (Figura 3). Se decidió manejo conservador continuando tratamiento etiológico dirigido, con adecuada respuesta y sin nuevas incidencias hasta la presente.

#### Discusión

La endoscopia en pacientes con tuberculosis intestinal, además de permitir una aproximación diagnóstica en caso de lesiones compatibles, tiene como valor añadido la posibilidad de tomar biopsias colónicas para la realización de PCR de Mycobacterium tuberculosis. Mediante esta técnica puede obtenerse un diagnóstico

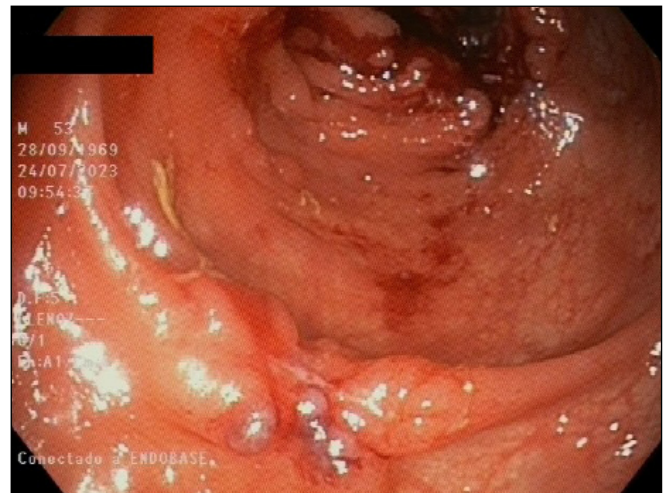


Figura 1. Úlcera transversal en colon derecho con mucosa circundante nodular.

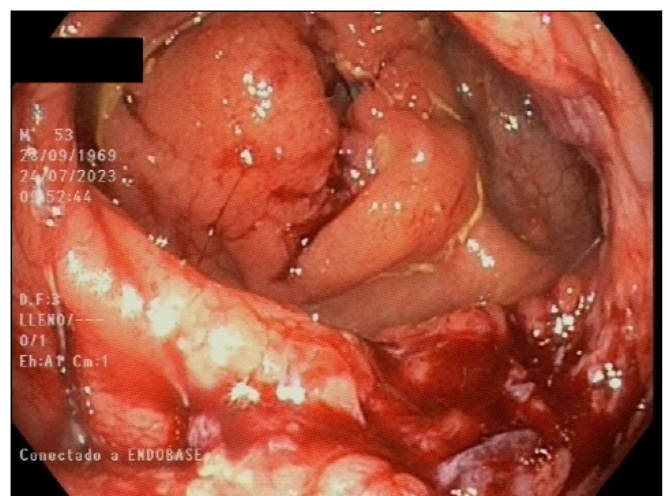


Figura 2. Úlcera de gran tamaño, compatible con tuberculosis intestinal.



Figura 3. TAC. Estenosis ileal y cuadro suboclusivo asociado.

de certeza transcurridas 72 horas (frente a las ocho semanas del cultivo convencional) y por tanto constituye una herramienta fundamental en pacientes sin afectación pulmonar concomitante, tal y como se reporta en este caso clínico.

### CP-043. ENDOSCOPIA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL BODY-PACKER.

Lecuona Muñoz M, Fernández Cano MC, Rodríguez Gómez V, Tripiana Iglesias T, Redondo Cerezo E

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

#### Introducción

En términos generales, la extracción endoscópica de cuerpos extraños en los llamados Body-packer resulta controvertida dado el riesgo potencial de rotura. Constituye sin embargo una opción terapéutica en pacientes adecuadamente seleccionados con el objetivo de evitar una eventual cirugía.

#### Caso clínico

Varón de 38 años sin antecedentes, remitido desde un centro penitenciario por vómitos incoercibles y ausencia de tránsito a heces. El paciente reconoce inicio de sintomatología tras ingerir con fines de contrabando seis paquetes de hachís que previamente había embalado con plástico. Se realiza radiografía donde se evidencia ocupación gástrica con nivel hidroaéreo (Figura 1). Dada la alta sospecha de obstrucción pilórica, considerando estabilidad del paciente y características de los cuerpos extraños, se decidió conjuntamente con equipo de Cirugía General extracción endoscópica en quirófano con uso de sobretubo, previa intubación orotraqueal (Figuras 2 y 3). Aunque se consiguió englobar cada cuerpo extraño empleando asa de polipectomía, sin aparición de complicaciones, no se logró su extracción por ser imposible su paso a través de boca de Killian dado su gran tamaño, precisando finalmente una gastrostomía quirúrgica (Figura 4).

#### Discusión

El transporte de drogas ilegales por body-packers constituye un problema de salud pública creciente, cuyo tratamiento es conservador excepto situaciones de obstrucción. La extracción endoscópica exitosa por endoscopistas avanzados se ha reportado en cuerpos extraños gástricos, paquetes adecuadamente envueltos y pacientes estables. Se trata por tanto de una alternativa a plantear de manera individualizada, siempre que se realice de forma coordinada con el equipo quirúrgico y en un entorno controlado.

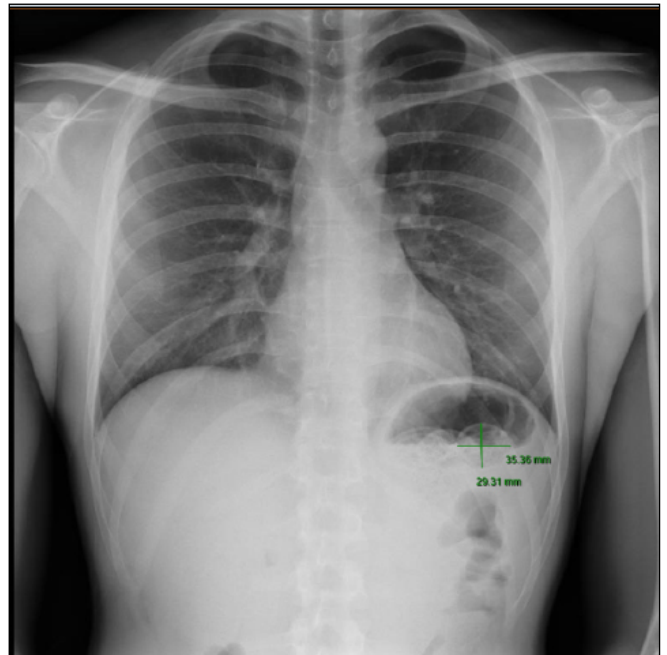


Figura 1. Ocupación gástrica con nivel hidroaéreo.



Figura 2. Cuerpo extraño a nivel de cavidad gástrica.

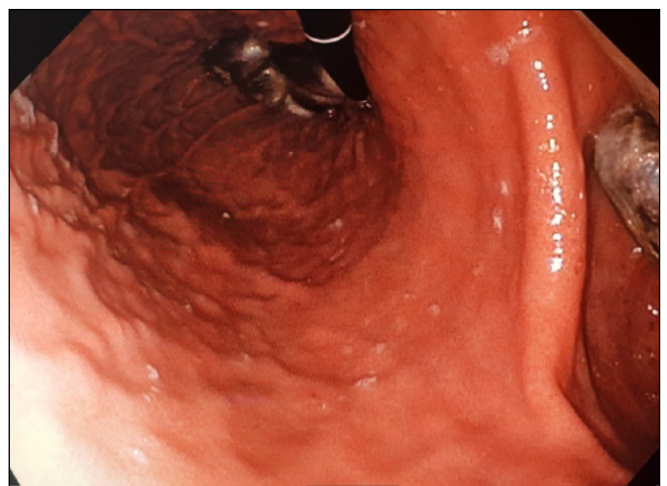
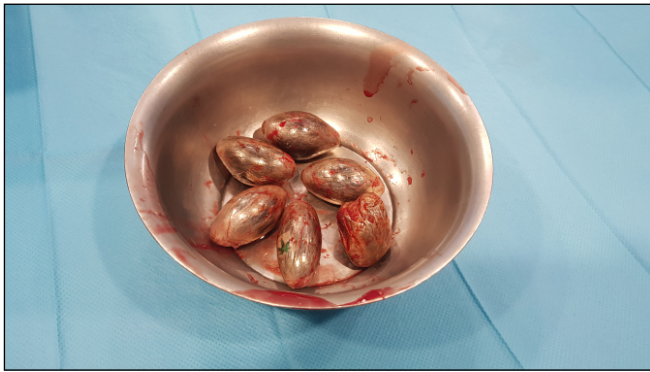


Figura 3. Paquetes de hachís embalados en plástico, localizados a nivel gástrico.



**Figura 4.** Extracción que precisó finalmente la realización de una gastrostomía quirúrgica.

## CP-044. SÍNDROME DE GURVITS: CASO ATÍPICO

MOLINA CORTÉS P<sup>1</sup>, ORTEGA SUAZO EJ<sup>1</sup>, FERNÁNDEZ GARCÍA R<sup>1</sup>, GUILARTE LÓPEZ-MAÑAS J<sup>2</sup>, REDONDO CEREZO E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. <sup>2</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE BAZA. BAZA, GRANADA.

### Introducción

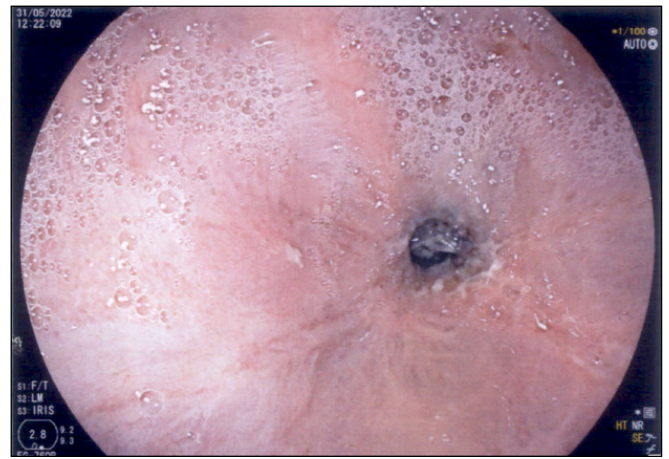
El síndrome de Gurtvits (SG) o "esófago negro" se caracteriza por una llamativa apariencia negra circunferencial de la mucosa esofágica que afecta casi universalmente al esófago distal y se interrumpe en la unión esofagogástrica.

### Caso clínico

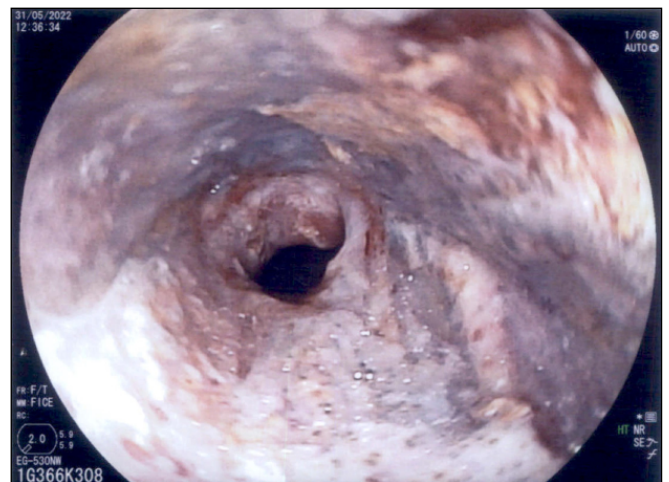
Hombre, 66 años, sin AP de interés. Consulta por disfagia mixta progresiva y pérdida ponderal. Gastroscopia: estenosis puntiforme a 37 cm de la arcada dentaria franqueable solo con endoscopio ultrafino (5.9 mm) con pastilla impactada que se extrae. Desde los 37 a 40 cm (UEG) mucosa friable con fibrina adherida, de coloración negruzca circunferencial en relación a necrosis esofágica aguda (Figuras 1-3). La histología observó tejido fibroinflamatorio con necrosis descartando malignidad, las técnicas inmunohistoquímicas y el cultivo fueron negativos. Se inició lansoprazol a dosis dobles, fórmula con ácido hialurónico/sulfato de condroitina, suplementos nutricionales y dilataciones endoscópicas progresivas con balón (12-16.5 mmHg) presentando curación mucosa y desaparición de la necrosis (Figura 4), permitiendo tolerancia oral y ganancia ponderal.

### Discusión

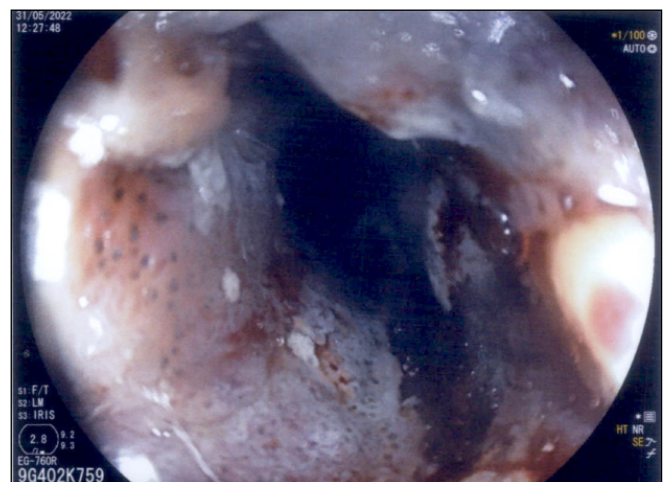
El SG es una condición rara (prevalencia 0,01%-0,2%) de etiología multifactorial. Aunque su patogénesis no está clara, intervienen fenómenos de isquemia tisular, alteración de los mecanismos protectores/reparadores de la mucosa en pacientes inmunodeprimidos o inestables hemodinámicamente que predispone a lesiones como el reflujo esofagogástrico. La HDA es la presentación clínica



**Figura 1.** Estenosis puntiforme a 37 cm de la arcada dentaria.

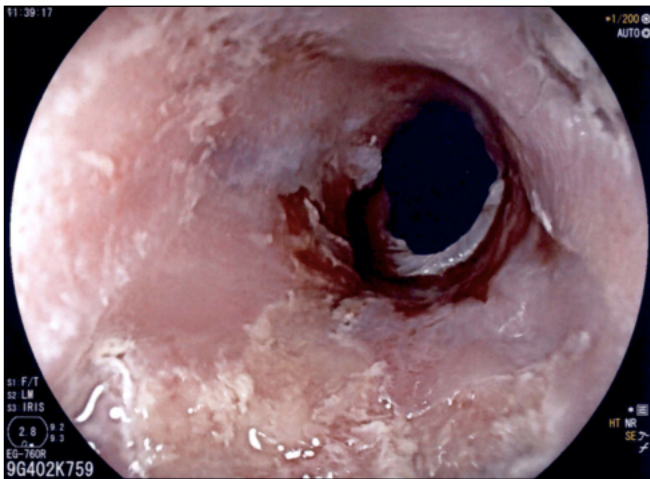


**Figura 2.** Imagen endoscópica de mucosa friable con fibrina adherida y de coloración negruzca circunferencial, entre 37-40 cm de arcada dentaria.



**Figura 3.** Necrosis esofágica aguda: mucosa friable con fibrina adherida y de coloración negruzca circunferencial, entre 37-40 cm de arcada dentaria.

más común. Los casos descritos son en pacientes críticos con enfermedades cardiovasculares, cetoacidosis diabética, vólvulo gástrico, etc., no siendo habitual en pacientes



**Figura 4.** Curación mucosa con desaparición de necrosis.

ambulatorios estables. Probablemente la situación de ERGE grave con estenosis péptica y desnutrición asociada fueron los principales factores predisponentes en nuestro paciente.

### **CP-045. ESOFAGITIS HERPÉTICA: CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA AGUDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

**Fernández García F, Flores Moreno H, Palomino Luque P**

UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA, MÁLAGA.

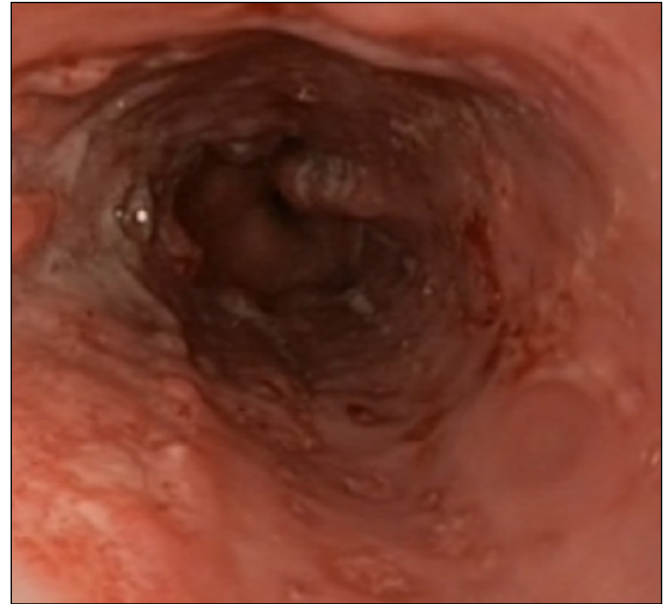
#### **Introducción**

La esofagitis herpética originada por el virus del herpes simple (VHS) es una infección usual en pacientes inmunocomprometidos, describiéndose de forma muy infrecuente en pacientes sin alteraciones inmunitarias.

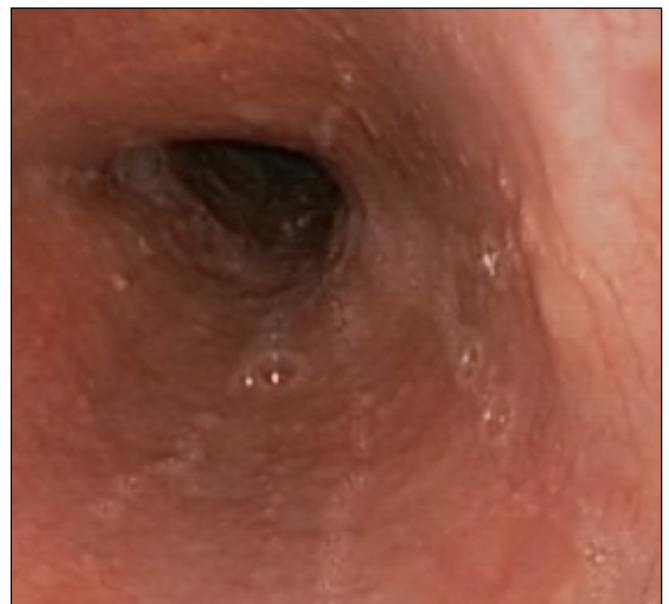
#### **Caso clínico**

Se presenta el caso de una mujer joven de 17 años de edad, diagnosticada de Esofagitis Eosinofílica (EEO) en 2023 tras microperforación secundaria a impactación de hueso, en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, que acude a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre de hasta 39°C, dolor retroesternal y disfagia a sólidos. No refería agudización de su EEO de base, impactaciones alimentarias ni transgresiones dietéticas. En analítica urgente destacaba AST 225, ALT 347, GGT 167 FA 101 y PCR 90, presentando hemograma y Rx tórax sin alteraciones. Se decide ingreso de la paciente, realizándose TAC de tórax sin alteraciones y gastroscopia con hallazgos de úlceras serpinginosas longitudinales a nivel de tercio esofágico medio e inferior, extremadamente friables y con presencia de pseudomembranas pálidas en su superficie (**Figura 1**). Se tomaron biopsias para anatomía patológica y microbiología, solicitándose serología viral completa ante la sospecha de origen infeccioso. Ante la alta sospecha se decide inicio de aciclovir intravenoso en espera de

resultados, consiguiendo excelente respuesta clínica tras 72h de tratamiento. La serología mostró positividad IgM para VHS I y negatividad IgM para VHS tipo II, VEB, CMV, toxoplasma y VIH. El informe anatomopatológico mostró cambios citopáticos sugestivos de infección viral, siendo el diagnóstico definitivo para esofagitis herpética al presentar las biopsias positividad en la PCR de VHS tipo I. Tras cinco días de tratamiento intravenoso, se realiza cambio a valaciclovir oral hasta completar 14 días. Al mes del ingreso se repite gastroscopia, constatándose la curación de las úlceras (**Figura 2**), encontrándose la paciente totalmente asintomática.



**Figura 1.** Mucosa con ulceraciones longitudinales y serpinginosas, con pseudomembranas blanquecinas y friables en su superficie extendiéndose a lo largo del tercio medio e inferior.



**Figura 2.** Mucosa esofágica con bandas cicatriciales.

## Discusión

La esofagitis herpética en paciente inmunocompetentes es una entidad poco frecuente que debe tenerse en cuenta en pacientes que presenten de forma aguda dolor retroesternal, disfagia y fiebre. El diagnóstico se realiza mediante gastroscopia y toma de biopsias para realizar PCR de VHS, apoyándose en la clínica y los hallazgos serológicos. El tratamiento se realiza mediante aciclovir/valaciclovir hasta completar 10-14 días y la evolución suele ser buena sin dejar ningún tipo de secuela.

## CP-046. DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL IMITANDO DOS LESIONES DE EXTENSIÓN LATERAL

García Martínez A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA  
CAMPO DE GIBRALTAR. ALGECIRAS, CÁDIZ.

## Introducción

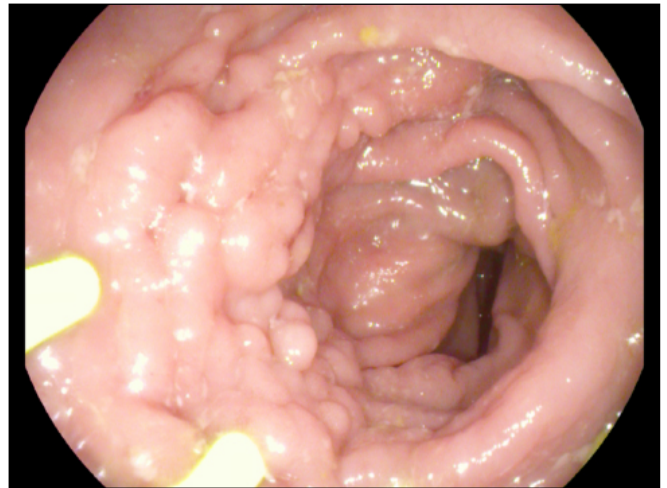
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad cuya presentación clínica y endoscópica puede generar confusión con otras patologías gastrointestinales.

## Caso clínico

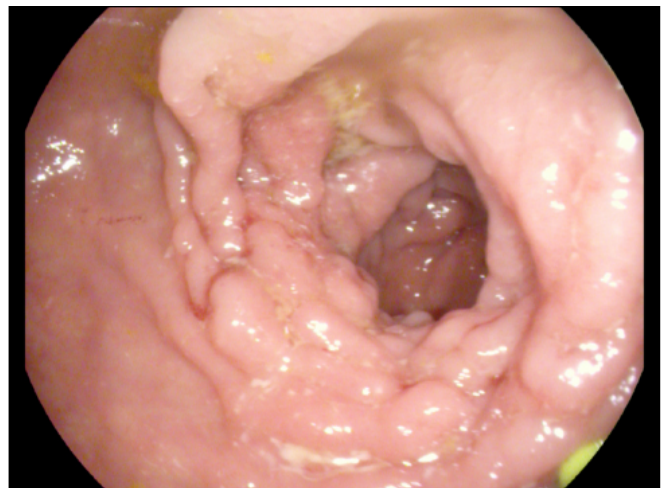
Presentamos el caso de un varón de 48 años sin antecedentes de interés que se realiza colonoscopia por rectorragia y aumento en el número de deposiciones, así como consistencia líquida de las mismas desde hace 6 meses aproximadamente. En la colonoscopia se objetivan dos lesiones de extensión lateral en colon ascendente, una de ellas a nivel proximal (Figuras 1 y 2) y otra distal (Figura 3), que abarcan el 50% y el 100% de la circunferencia colónica respectivamente, con eritema y edema, así como ulceración en la más distal. El resto de la exploración fue normal. Se tomaron biopsias de ambas lesiones, con cambios inflamatorios crónicos y sin signos de malignidad. Dado que la sospecha inicial era de malignidad se amplió estudio mediante TAC de abdomen que no aportó mas información salvo adenopatías retroperitoneales y en cadena iliaca externa derecha. Se presentó en comité de Oncología Digestiva optándose por seguimiento mediante colonoscopia a los 3 y 6 meses posteriores con biopsias que finalmente fueron compatibles con EII (distorsión arquitectural glandular, inflamación transmural y criptitis).

## Discusión

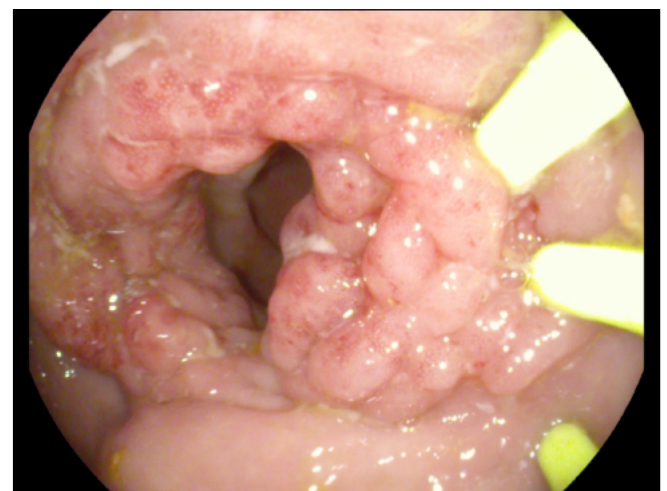
Las lesiones endoscópicas, así como las alteraciones histológicas de la EII no son específicas de esta entidad, pudiendo aparecer en otras patologías gastrointestinales ya sean infecciosas, inflamatorias o neoplásicas. Sin embargo, en un contexto clínico adecuado proporcionan el diagnóstico definitivo de la enfermedad.



**Figura 1.** Lesión multinodular en colon ascendente proximal que abarca el 50% de la circunferencia colónica, con mucosa colónica circundante normal. Se identifican los extremos del Endocuff Vision® en el borde inferior-izquierdo de la imagen.



**Figura 2.** Se trata de la misma lesión descrita en la figura 1 pero vista desde una visión más lejana.



**Figura 3.** Las lesiones endoscópicas, así como las alteraciones histológicas de la EII no son específicas de esta entidad, pudiendo aparecer en otras patologías gastrointestinales ya sean infecciosas, inflamatorias o neoplásicas. Sin embargo, en un contexto clínico adecuado proporcionan el diagnóstico definitivo.

Nuestro caso demuestra lo difícil que puede ser en ocasiones el diagnóstico de la EI, dado que la presentación no es siempre típica. No obstante, se debe considerar esta entidad en el contexto de lesiones endoscópicas de este aspecto, especialmente si el contexto clínico o la histología no sugieren otra patología con más claridad.

### CP-047. EL CASO DE LA ESPINA DESAPARECIDA

Orti Cuerva M, Carrillo Cubero B, Tejero Jurado R, Gómez García M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

#### Introducción

La ingesta accidental de cuerpos extraños supone un motivo de consulta frecuente, siendo la segunda indicación de endoscopia urgente. Especialmente en los de morfología punzante, surgen complicaciones que dificultan la extracción endoscópica.

#### Caso clínico

Mujer de 52 años sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por sensación de cuerpo extraño (CE) a nivel cervical tras ingesta de pescado. Mantiene tolerancia oral, pero presenta odinofagia y sensación punzante con la deglución tanto de líquidos como de sólidos. A su llegada a Urgencias es valorada por Otorrinolaringología (ORL), realizándose oroscopia y fibroscopia sin objetivar CE. Se completa estudio mediante tomografía computarizada (TC) cervical que informa de "cuerpo extraño hiperdenso de morfología lineal de 2 cm de eje craneocaudal en el interior del tercio proximal del esófago"; (Figura 1), tras lo cual, se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) en la que no se identifica CE, ni compresión o defectos de la mucosa esofágica. Debido a la incongruencia de las exploraciones, se repite TC en el que se sigue observando CE en idéntica localización. Se realiza nueva EDA asistida con capuchón, en presencia de ORL de guardia, en la que tampoco se aprecian alteraciones esofágicas. Tras reevaluar el caso, se consensua ingreso para inicio de tratamiento antibiótico intravenoso y observación estrecha sospechando una reacción a cuerpo extraño. A las 48 horas se repite EDA en la que, inmediatamente tras sobrepasar esfínter esofágico superior, se identifica ligero abombamiento de la mucosa de la que emerge el extremo distal de la espina de pescado que se extrajo sin incidencias con pinza diente de ratón (Figura 2).

#### Discusión

La reacción a un cuerpo extraño es una respuesta del organismo que produce una reacción inflamatoria no alérgica, en la que se activan células como los histiocitos y las células gigantes que primeramente lo delimitan y posteriormente lo eliminan por mecanismos de fagocitosis.



Figura 1. Corte sagital de TC con contraste de cuello. Imagen lineal de 2cm en el tercio proximal del esófago a la altura de C7.

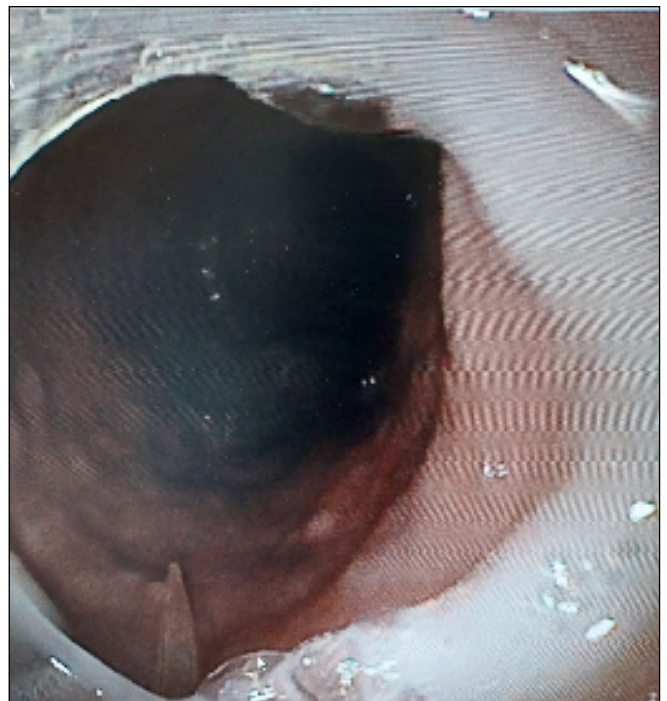


Figura 2. Imagen endoscópica. Esófago proximal situado a las seis horas se identifica extremo distal de espina.

En relación con los cuerpos extraños esofágicos, es una complicación infrecuente, que depende fundamentalmente de la naturaleza del cuerpo extraño, existiendo muy pocos casos descritos en la literatura. Este tipo de alteración puede producir secundariamente abscesos, perforaciones o mediastinitis por lo que es preciso una vigilancia estrecha.

Es importante realizar una historia clínica detallada y completar el estudio con otras pruebas de imagen ante la sospecha de cuerpo extraño punzante siempre que exista una disociación entre la clínica referida por el paciente y los hallazgos endoscópicos.

## CP-048. BIOPSIAS DE NEOPLASIA ESTENOSANTE DE ESÓFAGO DISTAL CON SPYGLASS

Martín Marcuartu P<sup>1</sup>, Rubio Mateos J<sup>2</sup>, Ruíz Arias N<sup>2</sup>, Rebertos Costela E<sup>2</sup>, Frutos Muñoz L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

### Introducción

El colangioscopio (SpyGlass) es un dispositivo que se une al duodenoscopio que ha demostrado ser una herramienta fundamental para el diagnóstico de las estenosis biliares y el tratamiento de los cálculos de gran tamaño, además de permitir la toma de biopsias.

Este dispositivo está originalmente diseñado para su uso en la vía biliopancreática, pero ante la dificultad en el diagnóstico de la tumoración estenosante e infranqueable con el gastroscopio y los materiales habituales del paciente que presentamos a continuación, usamos esa herramienta adicional para conseguir un diagnóstico anatomopatológico.

### Caso clínico

Varón de 67 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol, cardiopatía hipertensiva, ictus lacunar y pancreatitis aguda. Fumador activo y ex hábito enólico.

Acude a urgencias por afagia. Se realiza gastroscopia urgente objetivando a 38cm de arcada dentaria una estenosis infranqueable con leve eritema en la mucosa con erosiones superficiales, compatible con retracción mucosa secundaria a lesión subyacente, posible neoformación distal (Figura 1).

En TC realizada se confirmó sospecha de neoplasia esofágica distal (Figura 2) pero en gastroscopias sucesivas para obtención de diagnóstico anatomopatológico las biopsias no mostraron datos de malignidad, dado que la lesión se encontraba distal al fruncimiento mucoso (Figura 3).

Se realizó entonces endoscopia digestiva alta con gastroscopio terapéutico introduciendo el Spyglass hasta cavidad gástrica, donde se visualizó tumoración subcardial y se tomaron múltiples biopsias con Spybite.

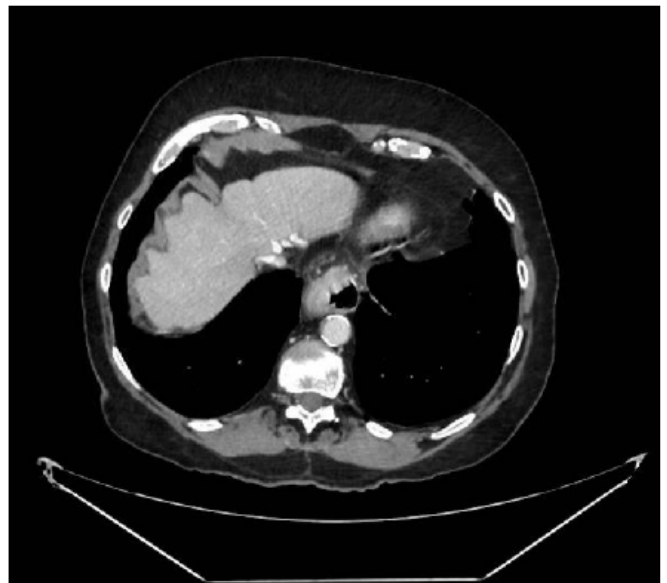
Los resultados de esta última biopsia mostraron infiltración por adenocarcinoma de mucosa esofágica.

### Discusión

El colangioscopio tiene sus indicaciones bien definidas y ha supuesto un gran avance en la patología biliopancreática, pero en la práctica clínica diaria nos encontramos



**Figura 1.** Lesión multinodular en colon ascendente proximal que abarca el 50% de la circunferencia colónica, con mucosa colónica circundante normal. Se identifican los extremos del Endocuff Vision® en el borde inferior-izquierdo de la imagen.



**Figura 2.** Engrosamiento esofágico distal con mínima espiculación de la grasa en probable relación con neoplasia de esófago



**Figura 3.** Toma de biopsias de fruncimiento mucoso ocasionado por lesión subyacente distal.

situaciones que nos obligan a agudizar el ingenio y utilizar herramientas a nuestra disposición para indicaciones diferentes.

Nos beneficiamos de las características del Spyglass, que tiene sistema propio de luces LED, irrigación y aspiración, además la posibilidad de introducir pinza de biopsia para toma de muestras.

Este fue el caso que nos atañe, ya que no se conseguía llegar al diagnóstico anatomopatológico en este paciente que necesitaría tratamiento oncológico para tratar su neoplasia y en el que no quedaba clara la etiología de la estenosis.

### CP-049. CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO Y LA COMPLICACIÓN MÁS TEMIDA

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Palma Verdúñez YF, Sánchez Yagüe A, Pérez Aisa Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

#### Introducción

La impactación esofágica de cuerpos extraños constituye una emergencia endoscópica. Si bien la mayoría, un 80-90%, no requiere ninguna actuación, un 10-20 % de los casos requerirá extracción endoscópica. Los objetos punzocortantes, como los blisters de comprimidos suponen un riesgo añadido pudiendo producir perforación intestinal, de ahí su diagnóstico y extracción precoz.

#### Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 52 años ingresado por problemática social, que presenta sensación de cuerpo extraño esofágico tras ingerir accidentalmente un blíster de un comprimido no detectable en Radiografía simple cervical y de tórax. Se realiza gastroscopia urgente, identificando el blíster (Dexketoprofeno) impactado a nivel de esófago distal. Se intenta extracción con pinza de ratón y cesta y sobretubo de manera infructuosa dado el diámetro del blíster y la imposibilidad para una extracción segura. Con insuflación continua se consigue migración espontánea a la cavidad gástrica y se intenta nuevamente, tras cambio de orientación, extracción con la misma técnica, sin éxito, optando entonces por vigilancia estrecha hospitalaria. Seis días después, comienza de forma súbita con intenso dolor abdominal, por lo que se realiza TC de abdomen identificando cuerpo extraño en íleon terminal, con perforación a dicho nivel. Se realiza de forma urgente resección ileocecal sin incidencias y con buena evolución posterior.

#### Discusión

Con esta experiencia queremos resaltar la importancia de la extracción endoscópica de los cuerpos extraños

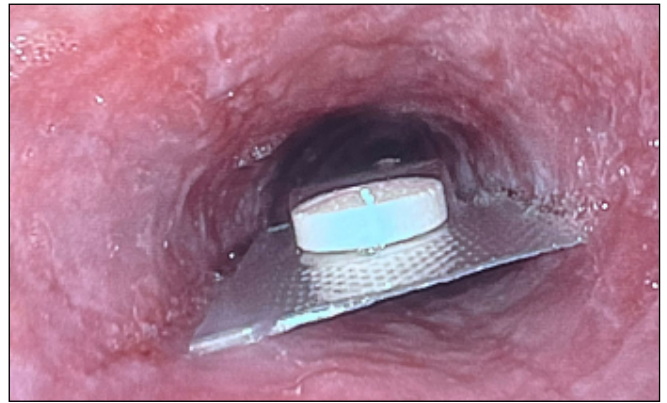


Figura 1. Blíster impactado en esófago distal.



Figura 2. Intento de extracción endoscópica con pinza de ratón y sobretubo.



Figura 3. Perforación de íleon terminal por cuerpo extraño

punzocortantes pues el riesgo de perforación intestinal, si bien bajo (1 % aproximadamente) no se elimina al pasar al estómago. Existen otras herramientas endoscópicas útiles como la campana que no se utilizó en nuestro caso por ausencia de disponibilidad, así como técnicas no estandarizadas, analizadas a posteriori, como moldear los bordes punzantes con un asa de polipectomía para facilitar su introducción en el sobretubo. En cualquier caso, es prioritario, en caso de imposibilidad de extracción, una vigilancia estrecha y dirigir el caso a los cirujanos, dada la probabilidad de complicaciones si bien baja pero con importante morbilidad.

## CP-050 PERFORACIÓN COLÓNICA TRAS COLONOSCOPIA CON FULGURACIÓN: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Morcillo Jiménez E

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

### Introducción

El argón es un gas no inflamable que se emplea en endoscopia digestiva. Se administra por medio de un catéter que, introducido a través de endoscopio, administra una energía térmica de forma controlada que coagula y hace desaparecer distintos tipos de lesiones de la mucosa del tubo digestivo.

El gas argón tiene numerosas aplicaciones en endoscopia digestiva: el mayor número de ellas están en relación con su capacidad de coagular lesiones potencialmente sangrantes de la mucosa del tubo digestivo. Así, se utiliza en el tratamiento de angiodisplasias. También es muy eficaz en el control del sangrado rectal que se produce en la proctitis actínica. Por otro lado, la capacidad de coagular superficialmente la mucosa del tubo digestivo, permite completar la resección de pólipos colónicos de difícil extirpación con los medios habituales por su localización, morfología o tamaño.

### Caso clínico

Mujer de 71 años con hipertensión arterial, diabetes tipo II, hipotiroidismo, FA persistente y portadora de válvula aórtica metálica en tratamiento con sintrom. Se ingresa por hematoquecia con anemia secundaria. Se realiza gastroscopia que es normal y colonoscopia donde se observan divertículos en sigma sin signos de complicación y angiodisplasias en ciego que se tratan mediante fulguración con gas argón. Tras la colonoscopia la paciente presenta molestias faríngeas y enfisema de cuello y hemitórax superior, por lo que se realiza Tc de cuello, tórax y abdomen donde se identifica neumoperitoneo que se extiende a cuello y a tórax condicionando neumomediastino y



Figura 1. Se observa neumopericardio en Tc tórax.



Figura 2. Se observa neumomediastino en Tc tórax.



Figura 3. Se observa neumoperitoneo en Tc abdomen.

neumopericardio. Se trató de forma conservadora con tratamiento antibiótico con Piperacilina/tazobactam y metronidazol.

## Discusión

Exponemos este caso donde se produce una perforación yatrogénica tras el tratamiento de angiodisplasias con fulguración con gas argón.

El tratamiento con gas argón es seguro, eficaz y bien tolerado.

Los efectos secundarios son muy poco frecuentes, y los más habituales son leves, como sensación de molestia o distensión abdominal al terminar el tratamiento producido por la insuflación de gas. Habitualmente ceden de forma espontánea y en poco tiempo. De forma excepcional se han descrito casos de perforación intestinal asociados a empleo de intensidades de corriente o flujo elevadas y/o al tratamiento de lesiones localizadas en el colon ascendente, donde el grosor de la pared es menor, como ocurre en nuestro caso.

### CP-051. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN DIVERTÍCULO ESOFÁGICO: ¿QUÉ OPCIONES DE TRATAMIENTO TENEMOS?

García Tarifa A, Vázquez Rodríguez JA, Tinahones Garrido J, Jarava Delgado M, Fernández López AR

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, EL, ALMERÍA.

## Introducción

Los divertículos esofágicos epifrénicos son un hallazgo infrecuente que en la mayoría de los casos pasan inadvertidos por ser asintomáticos, solo aquellos de mayor tamaño son los que producen clínica principalmente consistente en disfagia. La hemorragia digestiva alta como forma de presentación es poco habitual y supone un reto terapéutico.

## Caso clínico

Paciente mujer de 74 años, derivada a las consultas de Digestivo por disfagia y confirmándose mediante TAC y estudio baritado gran divertículo esofágico epifrénico de hasta 8 cm de diámetro mayor.

Consulta en Urgencias por síndrome emético de contenido hemático de inicio agudo junto con epigastralgia. A su llegada, hipotensa y taicárdica con repercusión además hematimétrica y necesidad de transfusión de 2 concentrados de hemáties.

Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) urgente donde se observa divertículo esofágico conocido a 30cm de arcada dentaria con coágulo adherido (Forrest IIB) en su base, imposible de movilizar con irrigación de agua. Al retirarlo con asa de polipectomía inicia sangrado en babeo (Forrest IB). Se inyecta adrenalina diluida en cuadrantes y

se colocan dos clips hemostáticos, consiguiéndose el cese del sangrado.

Se realiza EDA de control para second look al día siguiente comprobándose adecuada colocación de hemoclips y sin sangrado activo, quedando resuelto el cuadro con éxito del tratamiento endoscópico.



Figura 1. Hallazgo en control radiográfico con tránsito baritado de gran divertículo esofágico.

## Discusión

La hemorragia digestiva alta secundaria a divertículos esofágicos es un hallazgo infrecuente. Suele ser debida a úlceras ubicadas en el divertículo, malformaciones vasculares o, en menor frecuencia, neoplasias ubicadas en dicha zona.

Dada la baja prevalencia de estos casos, la literatura al respecto es escasa por lo que no existen unas guías o recomendaciones claras sobre el tratamiento de estos cuadros. La endoscopia terapéutica es la primera opción que barajar. Existen diversos casos publicados con distintas técnicas de hemostasia consistentes principalmente en colocación de clips hemostáticos, ligadura con bandas o aplicación de adrenalina o epinefrina. Para aquellos sangrados que no se controlen endoscópicamente o que exista un riesgo alto de perforación esofágica, otras opciones de tratamiento propuestas como segunda línea serían la cirugía o embolización del vaso sangrante.

En caso de no sangrado activo en el momento de la EDA, existen casos de manejo conservador con tratamiento intensificado con inhibidores de la bomba de protones con buena respuesta.

En definitiva, supone un reto por la poca evidencia que hay al respecto y la ausencia de una recomendación clara de tratamiento, debiendo individualizar según el caso y la experiencia clínica.

## **CP-052. ADENOCARCINOMA DUODENAL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**GALÁN GARCÍA A<sup>1</sup>, ÁVILA CARPIO A<sup>2</sup>, GALLARDO MARTIN S<sup>2</sup>, SARALEGUI GABILONDO L<sup>2</sup>, VALENCIA ALCANTARA N<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SECCIÓN APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

### **Introducción**

El adenocarcinoma duodenal primario es una neoplasia infrecuente, representando apenas un 0,5% de los tumores gastrointestinales. Su diagnóstico supone un reto dada su baja prevalencia, sus síntomas inespecíficos en estadios iniciales y la complejidad anatómica de la encrucijada duodeno-bilio-pancreática.

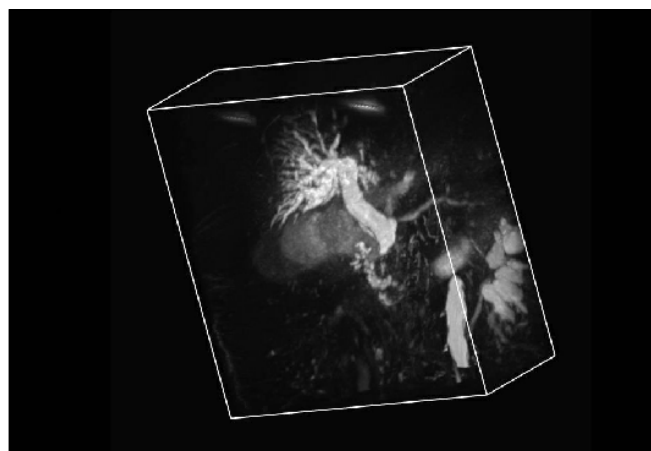
Habitualmente es necesario combinar pruebas radiológicas con procedimientos invasivos para llegar al diagnóstico, siendo la endoscopia digestiva alta la técnica de elección para ello. La ecoendoscopia se ha consolidado como una herramienta útil para la categorización y estudio histológico de estas lesiones.

### **Caso clínico**

Mujer de 74 años, colecistectomizada en 2009.

Ingresa en Digestivo por ictericia y dolor abdominal de una semana de evolución. Analíticamente destaca bilirrubina total: 6 mg/dL, bilirrubina directa: 4,3 mg/dL, FA 214 U/L, GGT 151 U/L. Inicialmente se sospecha coledocolitiasis y se realiza ecografía describiéndose dilatación de vía biliar intra/extrahepática con área pancreática no visualizada por interposición de gas intestinal. Se amplía estudio mediante TC abdominal y colangio-RM (**Figura 1**) describiéndose dilatación de vía biliar intrahepática perihiliar con disminución progresiva de calibre hasta obliteración brusca a nivel de cabeza pancreática, sin observar lesión evidente en esta localización. Se realiza endoscopia digestiva alta, objetivándose lesión de extensión circunferencial condicionando una estenosis infranqueable tanto con endoscopio convencional como pediátrico. Mediante ecoendoscopia aparece lesión dependiente de pared duodenal con borramiento de estructura habitual de las capas, extendiéndose a cabeza pancreática y colédoco, compatible con neoplasia de duodeno como primera posibilidad. Se toman biopsias y la anatomía patológica determina adenocarcinoma duodenal como diagnóstico definitivo. Se realiza estudio

de extensión y presentación en comité de tumores. Se decidió duodenopancreatectomía cefálica previo drenaje de vía biliar mediante colangiografía transparietohepática aunque finalmente, ante hallazgos intraoperatorios de metástasis hepáticas, se realizó únicamente cirugía paliativa de derivación biliar.



**Figura 1.** Colangio-RM en la que se evidencia importante dilatación de vía biliar intra y extrahepática con colédoco de 18 mm reducido bruscamente de tamaño en su porción más distal, sin poder evidenciar la causa de dicha dilatación.

### **Discusión**

La ictericia obstructiva es un motivo frecuente de consulta y hospitalización. El adenocarcinoma duodenal es una causa rara de ictericia obstructiva de origen tumoral, siendo menos frecuente que otras neoplasias de la encrucijada duodeno-bilio-pancreática como los tumores de cabeza de páncreas o colédoco distal. Este caso ilustra la complejidad del diagnóstico y manejo del adenocarcinoma duodenal avanzado debido a su pobre expresión clínica y el desafío que supone su catalogación mediante evaluaciones endoscópicas y radiográficas.

## **CP-053. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA FOCAL EN PROCTOSIGMOIDITIS ACTÍNICA GRAVE**

**Boyero Moreno P, Silva Albarellos E, Muñoz García-Borrueal M, Rodríguez-Téllez M**

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

### **Introducción**

La rectorragia es una complicación frecuente de la proctitis secundaria a radioterapia de tumores pélvicos. Entre el 5 y el 10% puede llegar a ser grave y refractario al tratamiento tópico y endoscópico. Entre las técnicas endoscópicas la coagulación con argón plasma (APC) es el tratamiento estándar actual, sin embargo, la ablación por radiofrecuencia (RFA) ha surgido como una alternativa eficaz.

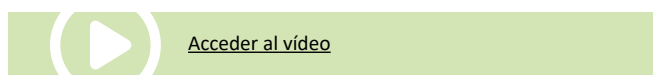
## Caso clínico

Mujer de 58 años con rectorragia y anemia secundaria a proctosigmoiditis actínica grave (antecedente de tratamiento con radioterapia por carcinoma de células escamosas rectal asociado a VPH) sin respuesta a enemas de mesalazina y sucralfato. Dada la amplia extensión se decide realizar RFA con buena respuesta clínica y endoscópica tras una única sesión.

En la colonoscopia terapéutica se aprecian restos hemáticos frescos y sangrado activo procedente de numerosas lesiones angiectásicas distribuidas en recto y sigma (hasta 35 cm de margen anal). Se realiza RFA con catéter focal Barrx™ 90 (protocolo simplificado: 3 aplicaciones de 12J, 80 pulsos) sin complicaciones.

A los 2 meses se realiza colonoscopia de control con importante mejoría de las lesiones, úlceras fibrinadas amplias secundarias al tratamiento con RFA sin evidenciar sangrado y algunas angiectasias a nivel rectal tratadas mediante APC.

En última colonoscopia de revisión a los 5 meses de RFA se aprecia una mucosa sin restos hemáticos con lesiones de aspecto cicatricial y alguna angiectasia aislada que se trata con APC.



## Discusión

La ablación con radiofrecuencia con protocolo simplificado en proctosigmoiditis actínica muestra buenos resultados endoscópicos y clínicos tras una única sesión, por lo que se podría considerar una alternativa al argón o la primera opción de tratamiento en estos casos.

## CP-054. ÚLCERA GÁSTRICA POR EPSTEIN BARR, ¿Y AHORA QUÉ, “SI NO HAY NADA PARA ESTO”?

Pérez Campos E1, Sánchez Moreno S2, Pérez Sáez C2

1SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. LEGANÉS, MADRID

2SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA

## Introducción

Las úlceras mucosas del tracto digestivo pueden constituir una manifestación clínica de la reactivación de una infección latente por el virus de Epstein Barr (VEB), aunque son altamente infrecuentes en inmunocompetentes. Presentamos el caso de una paciente con tratamiento quimioterápico que en un estudio de epigastralgia se evidencia una úlcera antral prepilórica secundaria a VEB.

## Caso clínico

Mujer de 60 años exfumadora de larga data que es diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar, inicialmente intervenido en 2019 pero posterior recaída en 2023, tras lo que inicia tratamiento quimioterápico con el esquema carboplatino-pemetrexed e inmunoterapia antiPD-L1. Pocos meses después de comenzar, ingresa por síndrome emético y epigastralgia, con TC que describe engrosamiento de la pared pilórica. La gastroscopia evidencia una mucosa blanquecina y de aspecto tubulizado a este nivel, con áreas más deprimidas de distribución parcheada que se biopsian (Figuras 1 y 2). El estudio anatomopatológico detecta la presencia de RNA de VEB, con negatividad del resto de virus de la familia herpes.

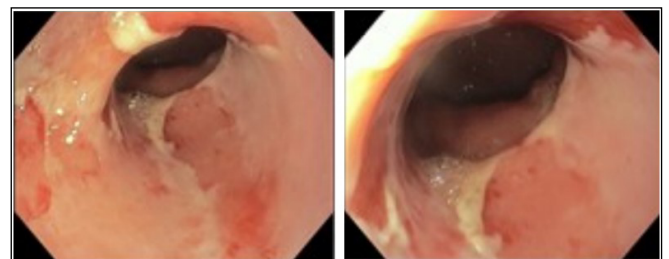


Figura 1. En ambas imágenes vemos áreas denudadas entre mucosa blanquecina del antro prepilórico.

Se decide tratamiento con valganciclovir durante 3 meses y biopsias posteriores de control. Tras el tratamiento, el aspecto endoscópico era normal, y las biopsias habían negativizado.

## Discusión

Tras la infección primaria, el virus queda acantonado en fase latente en los linfocitos B y las células epiteliales de la mucosa oral. En las situaciones de inmunocompromiso



**Figura 2.** Gastroscoopia de revisión tras tratamiento con valganciclovir, con mucosa prepilórica de aspecto normal.

(quimioterapia, inmunoterapia, enfermedades innatas o adquiridas que afectan sistema inmunitario, receptores de trasplante...) puede producirse su reactivación desencadenando una linfoproliferación monoclonal descontrolada.

Las úlceras mucocutáneas pueden constituir una de las manifestaciones clínicas de la infección latente por VEB. Pueden encontrarse tanto en cavidad oral como en la piel o en el tracto digestivo. El cisplatino es el quimioterápico más frecuentemente relacionado con su desarrollo. Inmunosupresores como la azatioprina o el metotrexato también se han visto implicados, y la edad avanzada constituye otro factor predisponente. Al igual que en el resto de las úlceras gástricas, las causadas por VEB pueden conllevar riesgo de malignización, que aumenta, a su vez, con factores de riesgo como el tabaquismo, la infección por VIH o la coinfección por *Helicobacter pylori*.

Fármacos utilizados en otras infecciones por herpesvirus como ganciclovir y valganciclovir ejercen un efecto generalmente débil sobre el VEB, aunque dado que actualmente no existe una terapia específica para las ulceraciones mucocutáneas de VEB, se ha descrito su uso en casos similares al nuestro, con aceptables resultados.

### CP-055. ¿VELLOSIDADES INTESTINALES EN EL SIGMA?

Lecuona Muñoz M, Ortega Suazo EJ, García Aragón F, Valverde López F, Redondo Cerezo E

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

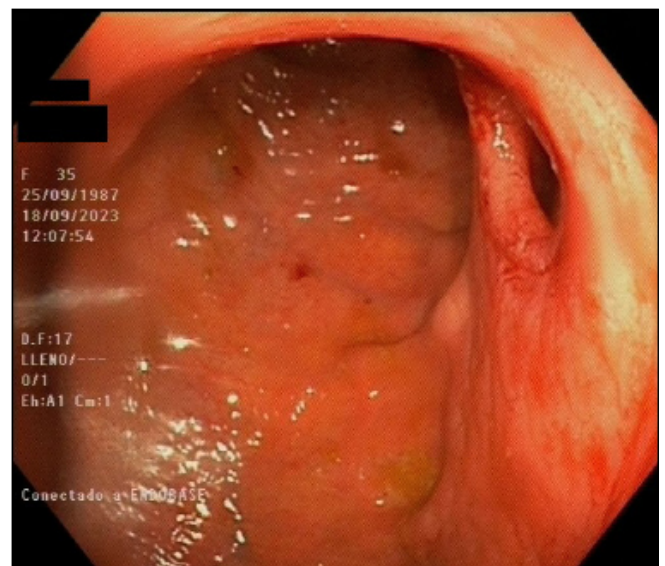
### Introducción

La endoscopia en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una herramienta fundamental con indicaciones establecidas en diagnóstico, seguimiento y cribado

de displasia. Presentamos un caso clínico donde la colonoscopia permitió filiar el origen de los síntomas de una paciente con Enfermedad de Crohn sin datos de actividad.

### Caso clínico

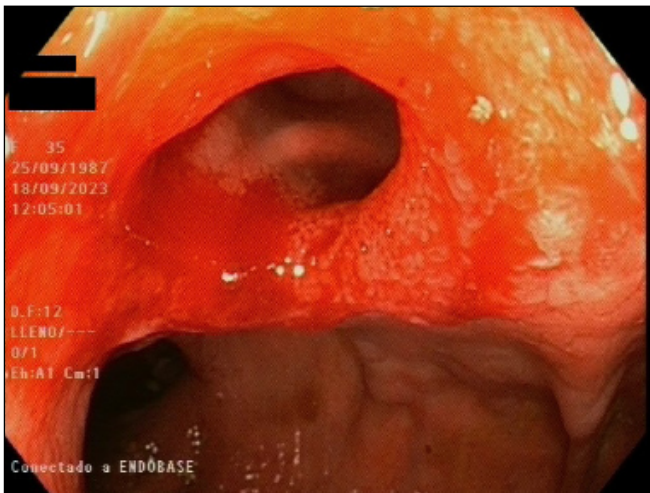
Mujer de 35 años diagnosticada de Enfermedad de Crohn A2L2B1 con afectación perianal en tratamiento con Adalimumab sin otros antecedentes. Se solicita colonoscopia para descartar actividad de su EII, puesto que presenta calprotectina de 209 µg/g junto con diarrea y dolor abdominal. En dicha exploración se observa mucosa nacarada de forma segmentaria a lo largo de todo el colon, sin datos de actividad aguda. Sin embargo, en retirada en sigma se identifica orificio de 10 mm de diámetro, no franqueable con endoscopio convencional y con superficie tapizada por vellosidades, compatible con fístula enterocólica no identificada en exploraciones radiológicas realizadas previamente.



**Figura 1.** En sigma, orificio fistuloso con vellosidades periorificiales y en su interior.



**Figura 2.** Orificio compatible con fístula entero-enterica a nivel de sigma.



**Figura 3.** Orificio no franqueable con endoscopio convencional, y mucosa circundante sin datos de actividad.

## Discusión

Las fístulas intestinales aparecen hasta en el 30% de pacientes con Enfermedad de Crohn pudiendo afectar a cualquier estructura. Las fístulas entero-entéricas son las más habituales y aunque suelen cursar de forma asintomática, cuando comunican segmentos intestinales distales entre sí generan diarrea, dolor abdominal o pérdida de peso tal y como se reporta en este caso clínico. Aunque el diagnóstico habitualmente se realiza mediante resonancia magnética y la endoscopia se emplea para descartar la presencia de actividad inflamatoria asociada, la colonoscopia permitió el diagnóstico de novo en esta paciente, con las consiguientes implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

## CP-056. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN BEZOAR GÁSTRICO.

Hernani Alvarez JA, Álvarez Toledo A, Calvo Menacho MDC

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

## Introducción

Los bezoares son agregados de material no digerible que se acumulan en el tracto gastrointestinal. Habitualmente se presentan como un material compacto en antro conllevando a una obstrucción del vaciamiento gástrico, con síntomas asociados de dolor abdominal, náuseas, vómitos y plenitud postprandial. Se pueden clasificar según su composición, siendo los fitobezoares, compuestos por fibra vegetal, los más frecuentes.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 80 años con antecedentes personales de estenosis pilórica intervenida

por piloroplastia y vagotomía además de pancreatitis crónica con estenosis duodenal. Acude a urgencias por melenas y dolor abdominal agudo, de predominio postprandial junto a náuseas y vómitos. Se realizó una EDA urgente hallando una masa de componente alimenticio sólida de coloración verde negruzca e inmóvil en fondo gástrico, cuya apariencia orienta a un bezoar gástrico que se fragmenta endoscópicamente con asa logrando visualizar una úlcera fibrinada (Forrest III) en curvatura mayor de 10 mm (**Figura 1**). Destaca una deformación del canal pilórico y una estenosis infranqueable de bulbo duodenal de aspecto inflamatorio (**Figura 2**).



**Figura 1.** Fragmentación endoscópica con asa fría. Se aprecia en área de transición corporeo-antral hacia curvatura mayor una úlcera de fondo fibrinado Forrest III



**Figura 2.** Píloro deformado por antecedente de piloroplastia más vagotomía. Antecedente de pancreatitis crónica con estenosis duodenal con sospecha de obstrucción al vaciado gástrico (OVG).

Se inició terapia con procinéticos junto a tres litros de Coca-Cola (celulosa) diarios. Posteriormente se procedió a realizar un control endoscópico a las 48 horas con clara mejoría. Previo al alta se solicitó un TC de abdomen para descartar otras causas de OVG, evidenciando hallazgos de pancreatitis crónica ya conocida con lesiones quísticas entre la cabeza pancreática y primera/segunda porción



**Figura 3.** Pancreatitis crónica (PC) con calcificaciones y lesiones quísticas en primera porción duodenal sugerentes de distrofia quística duodenal, relacionada con la PC.

duodenal sugerentes de distrofia quística duodenal (Figura 3).

## Discusión

Los bezoares gástricos ocurren con mayor frecuencia en pacientes con factores de riesgo, como son antecedentes de cirugía gastroenteral; patología endocrina (gastroparesia diabética); o la obstrucción en el vaciamiento gástrico (OVG), que conducen a una función gástrica anormal o una peristalsis gástrica deficiente.

La presentación clínica más común son síntomas derivados de la OVG; sin embargo la presentación como hemorragia digestiva es más común de los bezoares gástricos dado el hallazgo de lesiones ulcerativas con sangrado posterior, mientras que los bezoares del intestino delgado se presentan con obstrucción del intestino delgado e íleo.

La endoscopia digestiva alta con fines diagnósticos y terapéuticos es clave en el tratamiento de los bezoares. La fragmentación endoscópica o la extirpación quirúrgica se debe aplicar en casos urgentes, como aquellos que manifiestan hemorragia gastrointestinal y/o íleo, y en pacientes con bezoares refractarios.

## CP-057. DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON DISFAGIA DE REPETICIÓN POR GRAN DIVERTÍCULO DE ZENKER

Álvarez Toledo A<sup>1</sup>, Jiménez Arjona J<sup>2</sup>, Calvo Menacho MDC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ. <sup>2</sup>UGC MEDICINA INTERNA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

## Introducción

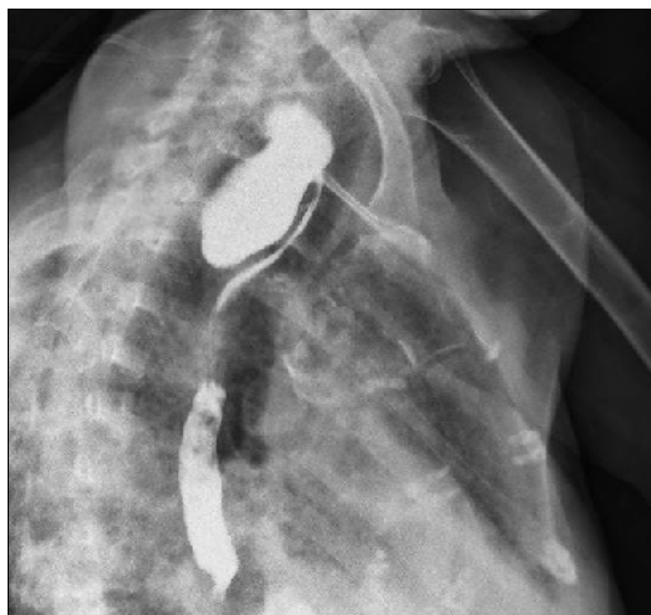
El divertículo de Zenker es una entidad inusual, con una incidencia que varía entre el 0.01-0.11% de la población según series. Consiste en un falso divertículo, que se encuentra ubicado a nivel posterosuperior del esófago, en un área conocida como triángulo de Killian, entre el músculo constrictor inferior de la faringe y el músculo cricofaríngeo. Su diagnóstico se confirma con un esofagograma con bario con proyección lateral y visión del área hipo faríngea.

Actualmente, existen tres opciones principales de tratamiento: la cirugía abierta, la endoscopia rígida (grapado endoscópico o tratamiento con láser de CO<sub>2</sub>) y la endoscopia flexible.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 82 años sin antecedentes de interés que ingresa en enero/2024 en la Unidad de Medicina Interna por deterioro del estado general y disnea en el contexto de infección respiratoria condensante derecha. Reinterrogando a la paciente, refiere disfagia progresiva a sólidos y líquidos de meses de evolución, asociado a episodios de regurgitación alimentaria por lo que planteamos que el origen de la infección respiratoria es broncoaspirativa y se decide estudio de la disfagia que presenta.

Se realiza endoscopia digestiva alta, apreciando a 16 cm de la arcada dentaria un gran divertículo esofágico, de unos 8 cm de fondo con mucosa normal, que se confirma tras la realización de un esofagograma con bario como un divertículo de Zenker de diámetros de 6.3 x 3.4 cm (Figuras 1 y 2). Se decide manejo endoscópico de la lesión, realizándose septotomía del gran divertículo, sin incidencias tras la técnica, quedando la paciente asintomática desde el punto de vista digestivo.



**Figura 1.** Gran divertículo de Zenker que ocasiona compresión esofágica.

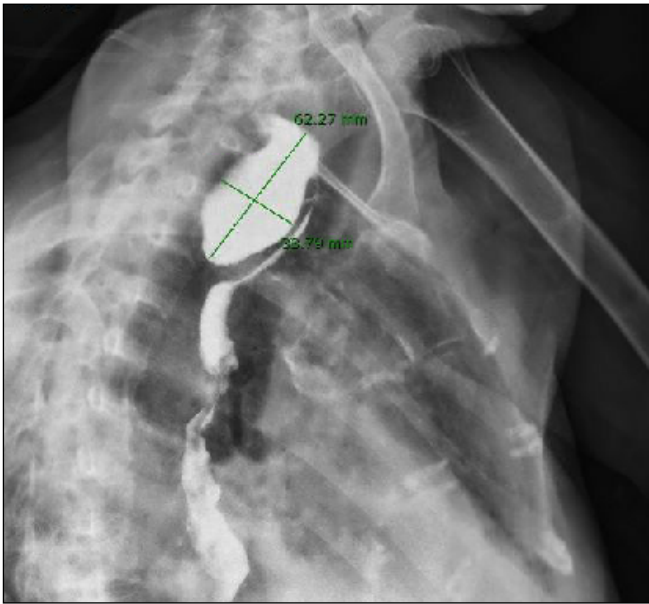


Figura 2. Gran divertículo de Zenker con medidas.

## Discusión

Sólo las lesiones sintomáticas necesitan tratamiento, requiriendo en raras ocasiones tratamiento las lesiones menores de 2 centímetros. Se sugiere el tratamiento endoscópico flexible como terapia de primera línea para un divertículo de Zenker sintomático de cualquier tamaño. Los abordajes endoscópicos reducen el tiempo intraoperatorio y la anestesia, disminuye la estancia hospitalaria y los días de recuperación, pudiendo iniciar el paciente dieta oral de manera más rápida. Sin embargo, con la técnica endoscópica se han identificado tasas de recurrencia mayores por lo cual se incrementa la incidencia de intervenciones adicionales.

Desafortunadamente, no existen ensayos aleatorizados ni estudios a largo plazo para determinar cuál es el procedimiento más efectivo y duradero por lo que la elección del tratamiento sigue siendo controvertida y depende de cada centro.

## CP-058. ÚLCERAS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BECHET

Quirós Rivero P, Ternero Fonseca J, Arroyo Prieto MJ, Naranjo Pérez A, Rosa Rosal R

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

## Introducción

El síndrome de Bechet (SB) es una vasculitis infrecuente de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de úlceras orales y genitales recurrentes junto con otras manifestaciones cutáneas, neurológicas, oculares, vasculares y digestivas, siendo los criterios más utilizados los internacionales (ICBD) y los japoneses. En cuanto a

los síntomas digestivos ocurre en el 10% de los pacientes, manifestado por dolor abdominal, diarrea y sangrado. No es raro confundirlo con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Es más frecuente la afectación ileocolónica, pero puede comprometer cualquier región del tubo digestivo respetando el recto.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la tuberculosis intestinal, colitis isquémica de predominio derecho e infección por *Yersinia*.

## Caso clínico

Varón de 55 años en seguimiento en consultas de medicina interna por SB con espondiloartropatía periférica asociada con diagnóstico en 2013. Epigastralgia en 2015 con realización de gastroscopia compatible con gastritis crónica. *Helicobacter pylori* positivo, completando tratamiento con amoxicilina, claritromicina y omeprazol durante 14 días con mejoría de los síntomas con control con test de la ureasa al mes siendo negativo. Tratamiento habitual con metotrexato, ácido fólico, colchicina. Esomeprazol, indometacina, deflazacort.

Derivado por medicina interna por epigastralgia posprandial, sin cambios en hábito intestinal, sin náuseas ni vómitos ni pérdida de peso. Niega exteriorización hemática digestiva. Por ello se realiza gastroscopia en la cual se aprecian múltiples úlceras a nivel de bulbo y segunda porción duodenal, de escasos milímetros, fibrinadas la mayoría con restos de hematina en otras (Figura 1), se cogen biopsias de los bordes de las úlceras compatible con gastritis crónica leve. Biopsias de cuerpo y antro con *Helicobacter pylori* negativo.

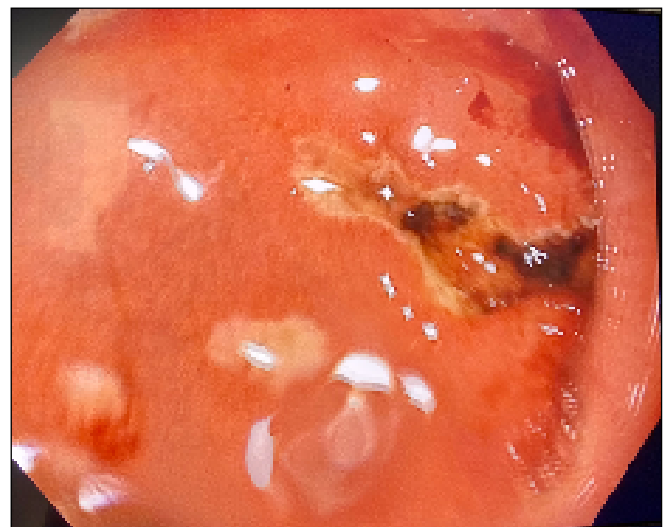


Figura 1. Úlceras duodenales múltiples.

## Discusión

ELSB tiene múltiples manifestaciones, incluida la afectación digestiva. En nuestro caso se observó en la gastroscopia úlceras duodenales múltiples de escasos milímetros, fibrinadas en su mayoría en probable relación a la toma de

antiinflamatorios y corticoides para el tratamiento de su enfermedad de base.

Debemos de realizar el diagnóstico diferencial de la etiología de las úlceras con la EII, sobre todo con la Enfermedad de Crohn (EC), ya que tiene manifestaciones similares, con diferencia en que no afecta a genitales, con afectación ocular en forma de uveítis anterior u epiescleritis. Debemos de tener en cuenta no solo la patología de base del paciente, que puede provocar úlceras, sino los posibles efectos secundarios que puede tener con ellos.

## Área Hígado

### CP-059. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL CRIBADO OPORTUNISTA DE HEPATITIS C EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: RESULTADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

Sánchez Moreno S<sup>1</sup>, Vega Saenz J<sup>1</sup>, González JL<sup>2</sup>, Carrodegas A<sup>3</sup>, Rodríguez Maresca M<sup>4</sup>, Cabezas Fernández T<sup>4</sup>, Duarte Carazo A<sup>5</sup>, Jordán Madrid T<sup>1</sup>, Camelo Castillo A<sup>6</sup>, Casado Martín M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. <sup>2</sup>GRUPO FARMACOLOGÍA CLÍNICA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. <sup>3</sup>GRUPO FARMACOLOGÍA CLÍNICA GILEAD SCIENCES. MADRID. <sup>4</sup>SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. <sup>5</sup>SERVICIO DE URGENCIAS COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. <sup>6</sup>UNIDAD INVESTIGACIÓN COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

#### Introducción

Evaluar la eficacia del cribado oportunista del VHC en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Torrecárdenas e identificar exposiciones y/o situaciones de riesgo en los pacientes virémicos diagnosticados.

#### Material y métodos

Se implementó un programa de cribado oportunista (Programa FOCUS) en el servicio de urgencias desde agosto de 2021. Con la estrategia de “diagnóstico en un solo paso”, se realizó la detección de anticuerpos frente al VHC en adultos (entre 18 y 69 años) que requirieran una extracción sanguínea por cualquier motivo y posteriormente se cuantificó el ARN viral en aquellos pacientes seropositivos. Los pacientes viremicos fueron derivados para atención especializada, registrando cualquier historial previo de exposiciones o situaciones de riesgo de infección VHC. Asimismo, en los pacientes en los que no conseguimos

vinculación con atención sanitaria, hemos registrado dichos antecedentes tras la búsqueda en su historia clínica.

#### Resultados

Se ha realizado el cribado a 21747 pacientes, diagnosticando 79 infecciones activas por VHC (1.60% seroprevalencia, 0.36% infección activa). Un 83% de nuestros pacientes han sido vinculados a la asistencia en atención especializada. Hemos identificado exposiciones o situaciones de riesgo en el 50% de las historias clínicas de los pacientes virémicos. El uso de drogas inyectadas o inhaladas (43%), ser inmigrante (8%), un historial de encarcelamiento (7%) y la coinfección por VIH o VHB (6%) fueron las principales. El 77% de los pacientes con infección activa VHC habían acudido previamente al servicio de urgencias y un 91% a la atención primaria.

#### Conclusiones

La prevalencia de infección activa por VHC en la población que acude al servicio de urgencias es superior a la estimada para la población general. La mitad de los pacientes viremicos no tenían exposiciones y/o situaciones de riesgo, por lo que siguiendo las recomendaciones de la actual guía de cribado nunca habrían sido diagnosticadas.

Por lo tanto, el cribado de la hepatitis C en los servicios de urgencias es una estrategia eficaz para aumentar la tasa de diagnóstico y debería considerarse más allá de los criterios planteados en la guía de cribado para conseguir el objetivo de la OMS.

### CP-060. SEGURIDAD DE LAS PARACENTESIS DE GRAN VOLUMEN REALIZADAS POR DIGESTIVOS, EN PACIENTES CON ASCITIS REFRACTARIA (RESULTADOS PRELIMINARES)

García Gavilán MC<sup>1</sup>, Hernández Pérez AM<sup>1</sup>, Soria López E<sup>1</sup>, Roa Colomo A<sup>1</sup>, Gálvez Fernández R<sup>1</sup>, Rivas Ruiz F<sup>2</sup>, Rosales Zabal JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. <sup>2</sup>UNIDAD INVESTIGACIÓN COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

#### Introducción

Evaluar la seguridad de las paracentesis terapéuticas. Secundariamente, el impacto del volumen de las mismas en el desarrollo de complicaciones, la seguridad de la administración de altas dosis de albúmina y la necesidad de analítica previa al procedimiento.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo donde se incluyeron todas las paracentesis realizadas en la unidad de ascitis en cirróticos con ascitis refractaria/intratable durante 2019-2020. Se excluyeron aquellos con cáncer y paracentesis