

XXVI REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SADEX

MÉRIDA 28/29 MARZO 2025

HOTEL AZZ MÉRIDA MEDEA

COMUNICACIONES ORALES

CO-1. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO CENTRO

Gómez Collado AM, García Galera A, García Linares L, González Rayo A, Calderón Fernández-Salguero A, Monge Romero MI, Rodríguez López A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Identificar los eventos cardiovasculares (ECV) previos al trasplante hepático (TH), así como los factores de riesgo asociados a los mismo. Comparar los resultados obtenidos con series publicadas en España.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que analiza si se han producido ECV antes del TH y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presentan los pacientes en el estudio pretrasplante. Se comparan estos datos con los disponibles a nivel nacional.

Resultados

Han sido estudiados los pacientes trasplantados en 2017, 2020 y 2023, constituyendo un total de 71 pacientes, 75% hombres y 25% mujeres, con una edad media de 59 años. Como FRCV se han analizado la hipertensión arterial, presente en un 39% de los pacientes, la diabetes mellitus, presente en un 21%, la dislipemia, presente en 18%, y la obesidad, teniendo en cuenta el índice de masa corporal, presente en un 38%. Se recoge la función renal, el tabaquismo y los ECV previos al TH que se han producido en un 4%. Estos datos han sido comparados con los del Hospital Clínic de Barcelona.

Conclusiones

La prevalencia de FRCV y ECV en pacientes trasplantados en nuestro centro es concordante con la literatura nacional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de protocolos estandarizados para la prevención cardiovascular en esta población.

CO-2. EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS Y RESULTADOS DE LAS BIOPSIAS HEPÁTICAS (BH): 2012-2022 EN UN CENTRO DE REFERENCIA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO (TH).

García Galera L, Almena Sereno JA, Guiberteau Sánchez A, Rodríguez Díez N, Corchado Berjano C, Monge Romero MI, Narváez Rodríguez I.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Identificar las diferencias en indicaciones, métodos y resultados de las BH en 2012 y en 2022.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo transversal, incluyendo biopsias de 38 pacientes (19 por año estudiado). Se evaluó distribución por sexo, edad, indicaciones, técnica, calidad de muestra y complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 23 mujeres (60.5%) y 15 hombres (39.5%), media de 54 años. Indicaciones: 2 (5.26%) por alteración bioquímica hepática, 14 (36,84%) por hepatopatías autoinmunes, 2 (5.26%) esteatosis hepática metabólica (EHmet), 1 (2.63%) consumo de alcohol, 2 (5.26%) hepatitis grave, 10 (26.32%) en el contexto de trasplante hepático (TH), 6 (15,79%) hepatitis virales y 1 (2.63%) desconocida. En 2022 respecto a 2012, se observó ligera disminución en las indicaciones por hepatitis virales y EHmet (1 vs 5 y 0 vs 2; respectivamente), mientras que aumentaron por TH y autoinmunes (6 vs 4 y 9 vs 5; respectivamente). La técnica percutánea bajo control ecográfico fue la dominante (94,74%), con una minoría de procedimientos transyugulares bajo control radioscópico (5.26%). En 2012, el 78.95% de las biopsias fueron realizadas por radiólogos y en 2022 el 84.21% fueron efectuadas por hepatólogos. La media de longitud del cilindro fue de 16 mm, sin fragmentación en el 76.3% de las muestras, con un incremento en los espacios porta en 2022 (media de 7.92). Las complicaciones fueron mínimas, con dolor leve en 5 casos (13.6%), sin diferencias entre ambos años.

Conclusiones

Se observó un cambio en las indicaciones en la última década, con aumento de casos de autoinmunes y TH, y disminución de

hepatitis virales, posiblemente por métodos no invasivos para evaluar fibrosis. A pesar de su naturaleza invasiva, es segura, con pocas complicaciones, reafirmando su relevancia en el diagnóstico y con mayor protagonismo del hepatólogo frente al radiólogo.

CO-3. ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA DE LA RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) EN NUESTRO CENTRO

González Rayo A, García Linares L, Calderón Fernández Salguero A, Gómez Collado AM, García Galera A, Narváez López IS, Almena Sereno JA, Rodríguez López A, Pereira Álvarez M, Rasero Hernández C, Estrada León I, Guiberteau Sánchez A, Narváez Rodríguez I.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

(*) Graduada en Matemáticas. Universidad de Sevilla. Attendis-Badajoz.

Objetivo

La recurrencia del carcinoma hepatocelular (CHC) tras el trasplante hepático (TH) afecta al 6-18% de los receptores, acelerando la progresión tumoral por la inmunosupresión. La vigilancia estricta después del TH mejora la supervivencia. Proponemos un protocolo basado en tomografías computarizadas toraco-abdominales (TAC) periódicas y monitorización de alfafetoproteína (AFP), evaluando los resultados y determinando los factores asociados con la recurrencia del CHC.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de cohorte, analizando trasplantados por hepatocarcinoma o con hallazgo incidental de CHC entre enero de 2015 y junio de 2021, con al menos un año de seguimiento, realizando TAC cada seis meses durante tres años y anualmente hasta el quinto año, junto con mediciones de AFP.

Resultados

64 pacientes analizados, 61 varones (95%), con edad media al TH de 60 años. Cirrosis etílica como principal indicación. Niveles medios de AFP fueron 7 ng/ml. Tiempo medio en lista de espera de 73 días. Veintidós pacientes recibieron tratamientos locorreionales antes del TH. La recurrencia fue del 10.93% con tiempo medio de 24 meses. La invasión

microvascular mostró una asociación significativa con la recurrencia ($p = 0.044$). Conclusión: La vigilancia tras TH mejora la supervivencia, permitiendo detección y tratamiento precoz de la recurrencia del CHC. La invasión microvascular se considera un factor pronóstico clave para intensificar la vigilancia postrasplante. Estudios futuros deben centrarse en estrategias personalizadas.

CO-4. DIVERTICULO DE ZENKER. MUCOMIOTOMIA DE ZENKER". NUESTRA EXPERIENCIA.

Jiménez Colmenarez Z, Torres Larrubia M, Casiano Manzano S, Domínguez Humanes J, Rodríguez Mateos JM, González Cordero PL.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Describir nuestra experiencia en el manejo del divertículo de Zenker (DZ) mediante mucomiotomía endoscópica.

Material y métodos

Serie de casos que incluye 13 pacientes con diagnóstico de Divertículo de Zenker tratados mediante mucomiotomía endoscópica con corte con tijera SB Knife, entre Junio de 2019 y Noviembre de 2024. Se analizaron variables demográficas, síntomas, detalles del procedimiento, complicaciones y seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 13 pacientes, 1 (8%) mujer y 12 (98%) hombres con edad media de 76 años (62-90). El 100% presentaban disfagia asociada además en un 40% a regurgitación y en un 23% a atragantamientos. El tamaño medio de los divertículos fue de 3 cm. Diez pacientes (76%) mejoraron tras 1 sesión, mientras que dos (16%) requirieron 2 sesiones y solo uno (8%) requirió 3 sesiones. La tasa de éxito clínico fue del 92% (12 pacientes) con una recidiva del 8% (1 paciente) a los 5 meses en forma de disfagia. En el seguimiento no hubo complicaciones inmediatas ni tardías.

Conclusiones

La mucomiotomía endoscópica es una técnica segura, eficaz y mínimamente invasiva, con menor morbilidad y recuperación más rápida que la cirugía abierta. Se consolida como tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos,

aunque la selección terapéutica debe ser individualizada, considerando las características del paciente y la experiencia del equipo tratante.

CO-5. UTILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DE ADENOMAS EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Domínguez Humanes J¹, Martín Holgado D¹, Torres Larrubia M¹, Casiano Manzano S¹, Jiménez Colmenárez ZA¹, Masa Caballero A¹, Herrador Paredes M¹, Mata Romero P¹, Hernández Alonso M¹, Martín Noguerol E¹, Molina Infante J¹, Mateos Rodríguez JM¹, Solís Muñoz P¹, Robledo Andrés P¹, Sánchez-Peralta LF², Fernández-Bermejo M¹.

¹COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES. SERVICIO DE DIGESTIVO. ²CENTRO DE CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN JESÚS USÓN.

Introducción

La tasa de detección de adenomas es un indicador clave de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. La inteligencia artificial (IA) podría mejorar estos parámetros al reducir la omisión de adenomas y cáncer colorrectal de intervalo, aunque los resultados sobre su utilidad son contradictorios. Objetivo

Evaluar las ventajas de emplear sistemas de IA en la detección y caracterización de pólipos durante la colonoscopia.

Material y métodos

Estudio unicéntrico que evaluó colonoscopias en pacientes sometidos a cribado de cáncer colorrectal realizadas entre octubre-diciembre de 2023 utilizando el sistema de asistencia de IA Gi Genius Medtronic (grupo 1 - G1) o utilizando el método convencional sin sistema de asistencia de IA (grupo 2 - G2). El resultado primario fue la tasa general de detección de adenomas (TDA). Los resultados secundarios incluyeron TDA de colon derecho, TDA avanzado (según las guías de la Asociación Española de Gastroenterología: más de 1 cm, adenoma vellosos o alto grado de displasia) y tasa de pólipos no neoplásicos.

Resultados

Se incluyeron 225 colonoscopias, 75 en el grupo G1 y 150 en G2. Con características demográficas y basales similares en los dos. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en TDA (68% G1 vs 66,6% G2 $p = 0,826$), TDA

avanzado (28% vs 26% $p = 0,563$), TDA de colon derecho (32% vs 24,6% $p = 0,914$) y tasa de pólipos no neoplásicos (14,7% vs 15,3% $p = 0,609$).

Conclusiones

En este estudio, el sistema IA no mostró ventajas significativas en la detección de adenomas. Se requieren más estudios para evaluar la utilidad y aplicación de la inteligencia artificial en colonoscopias de cribado.

CO-6. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS INDICACIONES Y NIVEL DE PRIORIDAD “VÍA RÁPIDA” TRAS UN AÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ PARA COLONOSCOPIA EN PACIENTES SINTOMÁTICOS: ESTUDIO PROSPECTIVO.

González Rayo A, García Linares L, Calderón Fernández Salguero A, Gómez Collado AM, García Galera A, Almena Sereno JA, Rodríguez López A, Pereira Álvarez M, Rasero Hernández C, Estrada León I, Moreno Gastón M, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Priorizar colonoscopias en pacientes con alta sospecha de cáncer de colon (CCR), por criterios clínicos, analíticos o de imagen. Establecimos indicaciones de colonoscopia para su realización preferente. Analizamos los resultados valorando la adecuación de las indicaciones, tiempos y hallazgos. Comparamos nuestros resultados con otra serie publicada.

Material y métodos

Estudio prospectivo y observacional. Seleccionamos 4 grupos de indicaciones de colonoscopia por sospecha alta de cáncer de colon (1: prueba de imagen, tacto rectal o palpación de masa abdominal; 2: anemia y sangre oculta en heces (SOH); 3: alteración del hábito intestinal; 4: rectorragia) solicitadas desde diciembre del 2023 hasta el 1 de diciembre de 2024. Se recoge el nivel asistencial solicitante, adecuación de las indicaciones, tiempo de demora, limpieza colónica, y hallazgos endoscópicos.

Resultados

172 solicitudes, realizándose 152. Mediana del tiempo de espera de 28 días, y una media de 32,44 días. 58,14% de

peticiones fueron solicitadas por atención primaria. El 55,26% mostró una adecuada limpieza colónica. La indicación mayoritaria (60,46%) fue anemia + SOH. Los hallazgos más relevantes incluyeron cáncer colorrectal (CCR) (19,73%), siendo en el 56,67% la indicación anemia + SOH y adenoma avanzado (23,68%).

Conclusiones

Los niveles de prioridad de colonoscopia se asocian significativamente con la detección de cáncer colorrectal y lesión colónica significativa. El acceso a esta “vía rápida”, especialmente desde atención primaria, reduce los tiempos de demora e incrementa el rendimiento diagnóstico.

CO-7. TRATAMIENTO CON ERRADICACION ENDOSCOPICA POR RADIOFRECUENCIA DEL ESOFAGO DE BARRETT. EXPERIENCIA EN EL AREA DE SALUD DE CACERES.

Casiano Manzano S, Torres Larrubia M, Jiménez Colmenarez ZA, Humanes J, Masa Caballero A, Mata Romero P, Herrador Paredes M, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Nogueroles E, Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, Solís Muñoz P, Martín Holgado D, Robledo Andrés P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Introducción

El esófago de Barrett (EB) es una afección en la que el epitelio escamoso normal del esófago distal es reemplazado por epitelio columnar con metaplasia intestinal. Se estima una prevalencia de 1%-2%, y hasta un 8%-13% en pacientes con reflujo gastroesofágico crónico. El manejo de este tipo de lesión según las últimas guías clínicas se resume a realizar vigilancia endoscópica si no hay displasia y a ablación endoscópica si existe displasia confirmada histológicamente.

Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de la erradicación endoscópica por radiofrecuencia en paciente con esófago de Barrett en el área de salud de Cáceres.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo. Pacientes con esófago de Barrett y tratados mediante ablación por radiofrecuencia

endoscópica entre el año 2020 y 2025 en el área de Salud de Cáceres con un total de 9 pacientes incluidos.

Resultados

El 88% de los pacientes incluidos eran hombres y un 12% mujeres. La edad media fue de 56 años. El 22% de los pacientes tenían displasia de alto grado (DAG) y el resto (78%) displasia de bajo grado (DBG). Todas las sesiones de radiofrecuencia fueron realizadas inicialmente con el equipo de radiofrecuencia circular y finalmente con equipo de radiofrecuencia sectorial. Hubo un caso con lesión visible de 10mm que se reseco endoscópicamente con diagnóstico de adenocarcinoma intramucoso (T1a) además de DAG en el EB residual.

Todos los pacientes fueron tratados después de cada sesión con esoxone, esomeprazol a dosis altas y paracetamol y se les hizo una endoscopia de revisión a los tres meses.

Conclusiones

Actualmente cinco de los nueve pacientes se encuentran con erradicación total del Barrett con un número medio de tres sesiones. La ablación endoscópica con radiofrecuencia para el EB con displasia parece una opción eficaz y segura para este tipo de lesiones.

CO-8. EXPERIENCIA EN EL USO DE ESO-SPONGE PROFILÁCTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Torres Larrubia M, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenárez ZA, Domínguez Humanes J, Masa Caballero A, Herrador Paredes M, Martín Holgado D, Mata Romero P, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Solís Muñoz P, Molina Infante J, Robledo Andrés P, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, González Cordero PL

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

Introducción

La terapia de vacío endoluminal (TVE) es una técnica emergente en el tratamiento endoscópico de fístulas, dehiscencias y otros defectos transmurales del tracto gastrointestinal superior. En la literatura revisada, el recuento medio de esponjas colocadas fue de 7 por paciente.

Una indicación novedosa de la TVE sería la utilización profiláctica de esta técnica en pacientes seleccionados con alto riesgo de dehiscencia postquirúrgica para su prevención.

Objetivo

Analizar la respuesta del uso de Eso-SPONGE de forma profiláctica tras tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo y basado en la práctica clínica real de pacientes con colocación de Eso-SPONGE profiláctico tras esofagectomía de Ivor Lewis en el Hospital Universitario de Cáceres durante el periodo de 2024.

Resultados

Se han incluido 3 pacientes, dos hombres y una mujer, con adenocarcinoma de esófago distal que fueron sometidos a esofagectomía Ivor Lewis en 2024, con una edad media al diagnóstico de 60 años. Dos eran fumadores y sobre uno de ellos se desarrolló cáncer sobre esófago de Barrett. En los tres casos, se procedió a colocación de sistema de vacío Eso-SPONGE el día posterior a la intervención quirúrgica, no apreciándose en la endoscopia inicial datos de fuga anastomótica o dehiscencias. En uno de los pacientes se retiró el sistema Eso-SPONGE a los 3 días y en otro a los 6 días tras su colocación, no presentando incidencias, precisando por tanto de solo una esponja por cada paciente con buenos resultados. Al otro paciente se le retiró Eso-SPONGE a los 5 días tras su colocación, apreciándose fuga milimétrica, colocándose nuevo Eso-SPONGE, precisando un total de 2 esponjas hasta su retirada y visualización de anastomosis quirúrgica normal.

Conclusiones

En nuestra experiencia en Cáceres, la inserción de Eso-SPONGE profiláctico ha sido positiva.

Este procedimiento podría favorecer el cierre profiláctico de defectos de menor tamaño, previniendo la formación de dehiscencias anastomóticas de mayor entidad, reduciendo por tanto la morbilidad postoperatoria. No obstante, es un enfoque novedoso que precisa de más estudios.

CO-9. REPORTE DE LOS TRES PRIMEROS CASOS DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN EXTREMADURA

Delgado Guillena PG^{1,2}, Borrallo Cruz JA¹, García Martos E¹, Gata Cuadrado M¹, Moreno Moraleda I¹, Santos Lucio A¹, Sánchez Jara V¹, Jiménez Delgado JD², Rodríguez Sánchez-Migallón J³, Vinagre Rodríguez G¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. BADAJOZ.

²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PARQUE VEGAS ALTAS, DON BENITO, BADAJOZ. ³SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, MADRID.

Introducción

La resección de lesiones gastrointestinales mediante disección submucosa endoscópica (DSE) es una estrategia aceptada y recomendada en guías clínicas nacionales e internacionales. Esta técnica es compleja y requiere entrenamiento previo. Presentamos los tres primeros casos realizados en nuestra comunidad autónoma.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Edad (años)	61	84	64
Sintomatología	Epigastralgia	Anemia ferropénica	SOH positiva
Fecha	13/10/2021	06/11/2024	16/12/2024
Lugar	Hospital de Mérida	Hospital de Mérida	Hospital Parque Don Benito
Intubación	Sí	No	No
Duración	6 horas	90 minutos	75 minutos
Localización	Curvatura menor de cuerpo gástrico (a nivel medial)	Recto (a 6 cm de margen anal)	Recto (a 4 cm de margen anal)
Tamaño	8 cm x 4 cm	3 cm x 2.5 cm	3.2 cm x 2 cm
Morfología	Ila-IIc	Ila-IIc	Is-IIa
Histología	Adenocarcinoma intramucoso sobre adenoma gástrico de tipo intestinal	Adenoma tubular con displasia epitelial de alto grado	Adenocarcinoma intramucoso sobre adenoma tubulovelloso.
Márgenes	Libres	Libres	Libres
Complicaciones inmediatas	Lesión Sydney IV	No	No
Complicaciones 30 días	No	No	No

Conclusiones

Con un entrenamiento adecuado, la DSE parece una técnica segura y podría seguir su implementación en nuestra comunidad autónoma. La DSE se aplica en casos seleccionados donde la resección en bloque permitiría determinar con exactitud los criterios de curación de una lesión con sospecha endoscópica de histología avanzada (displasia de alto grado y/o adenocarcinoma en estadios precoces).

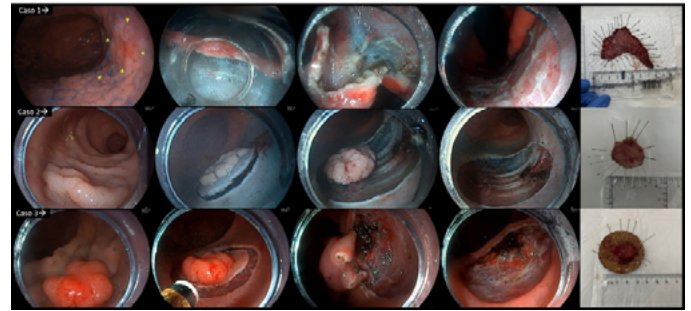


Figura 1. DSE Completa.

CO-10. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA HÍBRIDA COMO ALTERNATIVA DE RESECCIÓN EN BLOQUE DE LESIONES CON SOSPECHA ENDOSCÓPICA DE HISTOLOGÍA AVANZADA: REPORTE DE LOS PRIMEROS CASOS EN EXTREMADURA.

Delgado Guillena PG^{1,2}, Borrallo Cruz JA¹, García Martos E¹, Gata Cuadrado M¹, Moreno Moraleda I¹, Santos Lucio A¹, Sánchez Jara V¹, Jiménez Delgado JD², Vinagre Rodríguez G¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. BADAJOZ.

²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PARQUE VEGAS ALTAS, DON BENITO, BADAJOZ.

Introducción

La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica que permite la resección en bloque de lesiones con sospecha endoscópica de histología avanzada. Esta técnica requiere un entrenamiento estructurado previo. Dada su complejidad, la DSE híbrida (DSE-h) es una alternativa menos compleja y rápida que permite la resección en bloque de casos seleccionados. Además, la DSE-h representa un paso intermedio en la curva de aprendizaje de la DSE.

Caso clínico

A continuación, presentamos seis lesiones con sospecha endoscópica de histología avanzada reseçadas en bloque mediante DSE-h.

Conclusiones

La DSE-h permitió la resección en bloque de seis lesiones seleccionadas con sospecha endoscópica de histología avanzada. Esta técnica representa un paso intermedio en la curva de aprendizaje de la DSE.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Hospital	HME	HME	HME	HME	H. Parque	HME
Fecha	27/09/2023	24/05/2024	24/05/2024	31/07/2024	27/12/2024	30/12/2024
Sexo	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Edad (años)	64	68	68	62	66	70
Localización	Recto	Descendente	Transverso	Recto	Sigma	Recto
Paris	Is-IIa	IIa-IIc	Is-IIa	Is-IIa	Is	Is
Tamaño (mm)	20	25	20	30	20	15
Lifting	Completo	Parcial	Parcial	Completo	Parcial	Parcial
Material	Punta asa	Gold Knife	Gold Knife	Gold Knife	Punta asa	Punta asa
Histología	Adenoma tubular con DAG	Adenoma tubular	Adenocarcinoma infiltrante (faltan datos)	Adenoma tubular con DAG	Adenocarcinoma pT1 (sm<1000u, sin criterios de alto riesgo)	Adenoma tubular con DAG
Complicación	No	No	No	Sydney III	No	No
Cirugía	No	No	No	No	No	No

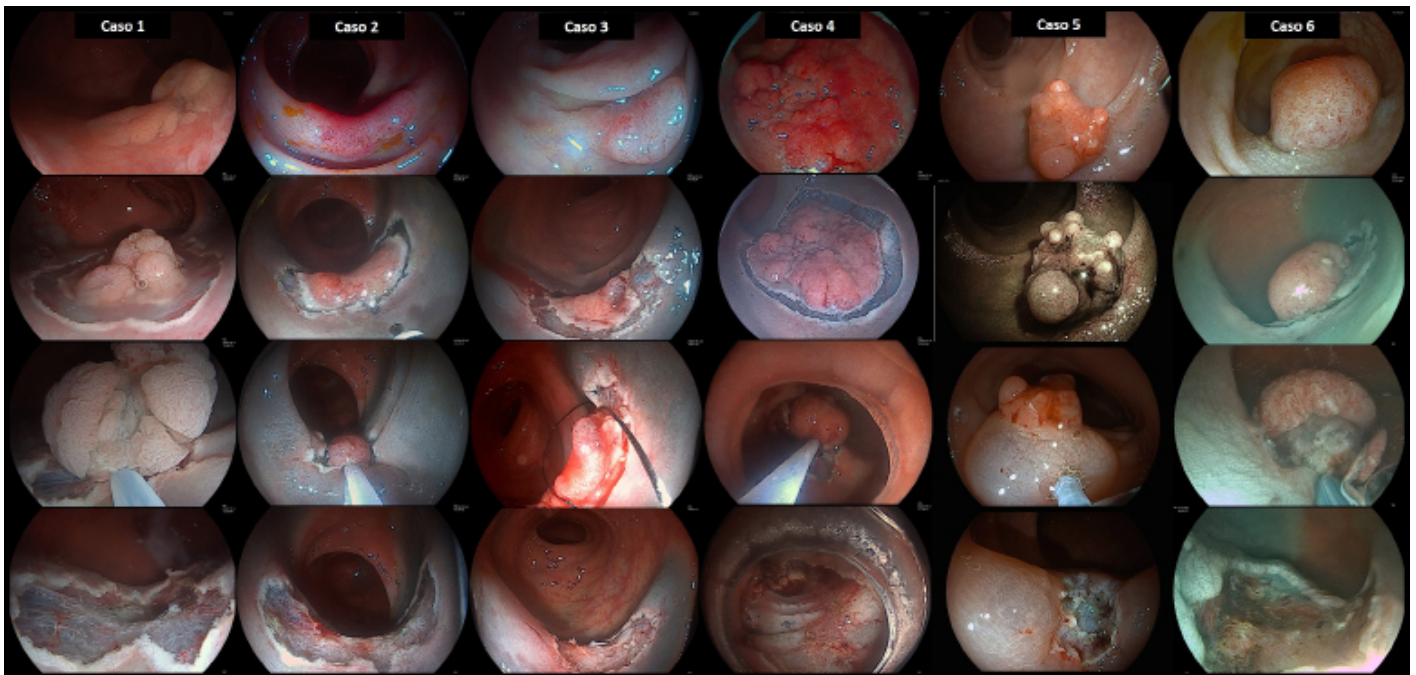


Figura 1. DSEh.

COMUNICACIONES PÓSTERS

CP-01. METÁSTASIS DUODENAL DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENALES: CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REPORTE DE UN CASO. Calderón Fernández-Salguero A, García Linares L, González Rayo A, Gómez Collado AM, García Galera A, Almena Sereno JA, Rodríguez Díez N, Estrada León I, Moreno Gastón M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

- Revisión de la literatura sobre metástasis duodenales del adenocarcinoma de células claras renal, como causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta.
- Ilustrar un caso clínico de nuestro servicio sobre hemorragia digestiva alta secundaria a infiltración tumoral duodenal por adenocarcinoma renal de células claras.

Material y Métodos

Descripción del caso clínico y revisión bibliográfica de casos clínicos sobre metástasis duodenales de adenocarcinoma renal.

Resultados

El cáncer renal se caracteriza por la escasez de signos clínicos precoces, diagnosticándose en etapas avanzadas de la enfermedad.

Las metástasis en intestino delgado son raras, produciéndose solo en un 2% de los casos. La localización más frecuente es la región periampular, seguida del bulbo duodenal. Habitualmente, son sintomáticas, produciendo sangrado gastrointestinal (melenas o hematemesis) y anemia.

La técnica diagnóstica de elección es la endoscopia digestiva alta con biopsia. Suelen presentarse como una masa ulcerada, nódulos múltiples o placas sobreelevadas. El diagnóstico es más problemático en las lesiones que sólo tienen crecimiento submucoso.

En pacientes con metástasis duodenales reseables, la cirugía es la primera opción terapéutica. Si existe multifocalidad, la exéresis total del duodeno suele ser la técnica de elección. En casos no aptos para cirugía, la escleroterapia endoscópica o la radioterapia pueden incrementar la calidad de vida de los pacientes. La embolización de la arteria que nutre la lesión puede ser útil en hemorragias intratables.

El caso que se describe corresponde a una paciente con hemorragia digestiva alta secundaria a infiltración duodenal de adenocarcinoma renal de células claras, diagnosticado mediante angio-TAC tras la realización de dos endoscopias sin éxito diagnóstico-terapéutico.

Conclusiones

Ante un cuadro de hemorragia digestiva alta, cuyo origen no se consiga dilucidar mediante varias endoscopias, es recomendable la realización de otras pruebas de imagen (ej. TAC, angioTAC...), para descartar otras causas de hemorragia digestiva alta menos frecuentes, como las metástasis digestivas.

CP-02. ENTRE ROJO CONGO Y VERDE MANZANA: AMILOIDOSIS EN EL COLON.

Torres Larrubia M, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenárez ZA, Domínguez Humanes J, Masa Caballero A, Herrador Paredes M, Martín Holgado D, Mata Romero P, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Fernández Bermejo M, Robledo Andrés P, Solís Muñoz P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO.

Introducción

La amiloidosis es un grupo heterogéneo de enfermedades raras caracterizadas por el depósito de proteínas fibrilares anormales en el tejido extracelular.

Estas enfermedades suelen provocar afectación sistémica, incluyendo el tracto gastrointestinal; sin embargo, la afectación exclusiva del colon es especialmente rara.

Caso clínico

Varón de 54 años, fumador, ingresado en Aparato Digestivo por rectorragia sin anemia.

Una colonoscopia inicial mostró una lesión estenosante de aspecto neoplásico en el colon descendente, con áreas necróticas y ulceradas (Figura 1). Sin embargo, los resultados anatomopatológicos no mostraron evidencia de malignidad,

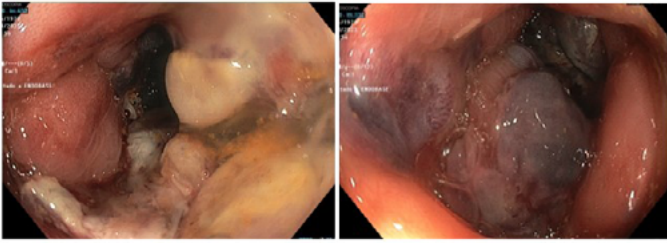


Figura 1. Primera colonoscopia. En ella se aprecia una lesión de aspecto neoplásico, con nódulos violáceos y áreas que parecen necróticas.

pero sí identificaron depósitos de amiloide (rojo Congo positivo, con birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada).

Un TAC posterior reveló un engrosamiento de la pared del colon que se extendía 15 cm distal al ángulo esplénico, lo que sugería un proceso inflamatorio-infeccioso o, menos probable, una lesión neoplásica.

Dada esta discrepancia, se realizó una segunda colonoscopia, que confirmó ulceraciones con áreas mucosas eritematosas y sobreelevadas, pero sin necrosis en esta ocasión (Figura 2). El análisis histopatológico identificó nuevamente depósitos de amiloide.

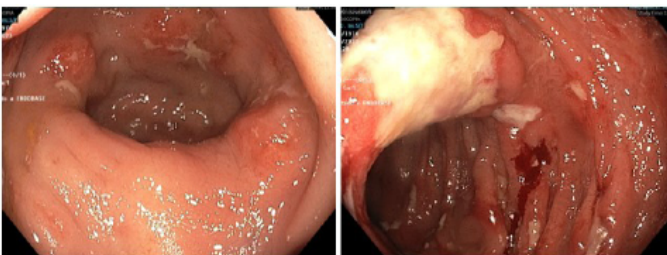


Figura 2. Segunda colonoscopia. En este caso se aprecian ulceraciones fibrinadas con áreas de mucosa inflamada y eritematosa intercaladas con mucosa normal.

El paciente se encontraba en seguimiento por Hematología por gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI) como único antecedente médico previo significativo. Una evaluación posterior por Hematología y Medicina Interna descartó amiloidosis primaria (AL) y afectación sistémica, estableciéndose un diagnóstico de amiloidosis colónica aislada o localizada.

Discusión

Dada la rareza de la amiloidosis gastrointestinal localizada, este caso subraya el valor de una evaluación exhaustiva en pacientes con hallazgos colónicos atípicos, incluso cuando existen factores de confusión como la GMSI. La biopsia es clave

para detectar el amiloide, pero una evaluación hematológica y genética integral determina si el depósito de amiloide es aislado o forma parte de un proceso sistémico, lo que orienta el tratamiento adecuado y evita terapias innecesarias.

CP-03. TRATAMIENTO DE UNA DEHISCENCIA COMPLETA DE ANASTOMOSIS RECTO-COLÓNICA CON PRÓTESIS AL VACÍO (VACSTENT COLÓNICO)

Delgado Guillena PG, Borrallo Cruz JA, García Martos E, Gata Cuadrado M, Moreno Moraleda I, Santos Lucio A, Sánchez Jara V, Vinagre Rodríguez G

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA.

Introducción

La terapia con esponjas y prótesis al vacío (Endosponge y VacStent) ha sido reportada con buenos resultados en el tratamiento de fugas o dehiscencias parciales post-quirúrgicas de anastomosis recto-colónicas. Sin embargo, el uso de estas terapias en casos complejos como la dehiscencia completa aún no ha sido reportada.

Caso clínico

Hombre de 64 años con anemia ferropénica y SOH (+). Antecedente de HTA, DM, cardiopatía isquémica con triple bypass (esternotomía con material metálico), obesidad, SAOS (CPAP nocturno). En colonoscopia, tumoración rectal a 12 cm del margen anal, compatible con adenocarcinoma localmente avanzado (cT3N2M0). Tratamiento realizado: quimioterapia (Capecitabina/Xelox) y radioterapia neoadyuvante y posterior resección anterior baja laparoscópica con anastomosis colo-rectal termino-terminal (AP: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, regresión parcial, márgenes libres, ypT3N1aM0). Dos meses tras cirugía ingresó por proctalgia persistente. En TAC abdominal: dehiscencia contenida. En colonoscopia: dehiscencia completa de la anastomosis con cavidad amplia (aproximadamente 4 cm) con abundante tejido necrótico y material fecal. Se realiza limpieza y debridación de la cavidad con colocación de 2 esponjas al vacío (EndoSponge). Se realizan nueve sesiones de recambio. Aunque se consigue tejido de granulación adecuado, el tamaño de la cavidad no se reduce y siempre se encuentra material fecal (Figuras 1-4). Finalmente se colocó prótesis al vacío (VacStent colónico) con tres recambios en total. Se progresivo incremento del tejido de granulación y reducción de la cavidad (Figuras 5-7). En la colonoscopia a los dos meses: sellado completo de la cavidad y tejido de granulación que estenosa discretamente la cavidad (Figura 8).

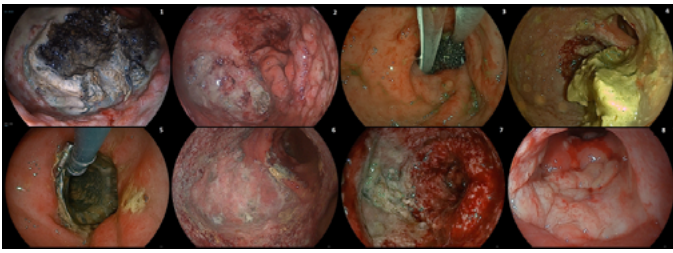


Figura 1. Vac Stent.

Conclusiones

La terapia al vacío (especialmente la prótesis al vacío) constituye un método terapéutico útil en las dehiscencias completas de anastomosis recto-colónicas.

CP-04. COLITIS INMUNOMEDIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Collado AM, García Linares L, González Rayo A, Calderón Fernández-Salguero A, García Galera A, Almena Sereno JA, López Vallejos P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura sobre la colitis inmunomediada y mostrar un caso clínico de nuestro centro de colitis inmunomediada por durvalumab.

Material y métodos

Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica de la colitis inducida por inhibidores de puntos de control inmunitario.

Resultados

La colitis por inhibidores de puntos de control inmunitario es el evento adverso relacionado con el sistema inmunitario gastrointestinal más frecuente. Su incidencia varía entre el 1 y el 25%. Principalmente está asociada con una expansión de células T CD8+ y de células T CD4+ Th1 productoras de interferón γ . El síntoma más frecuente es la diarrea y la mayoría de los pacientes tienen afectación del colon izquierdo, por lo que, la sigmoidoscopia es la prueba de elección. El caso que se describe corresponde a un paciente con carcinoma escamoso de pulmón inoperable en tratamiento con durvalumab que comienza con diarrea, inicialmente infecciosa pero que no mejora tras tratamiento antibiótico dirigido y al realizar

colonoscopia se confirma una colitis inmunomediada que responde a corticoides orales.

Conclusiones

Ante cuadro de diarrea en pacientes con tratamiento inmunoterapéutico, una complicación a considerar es una colitis inmunomediada, cuyo diagnóstico es de exclusión. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos y suspensión de la inmunoterapia, aunque es esencial individualizar cada caso según la gravedad.

CP-05. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL HUMANA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gómez Collado AM¹, Ruiz Iglesias PE², García Linares L¹, González Rayo A¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, Rodríguez Vidigal FF³, Estrada León I¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. ³UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura sobre la espiroquetosis intestinal humana (EIH) y mostrar un caso clínico de nuestro centro.

Material y métodos

Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica de la EIH.

Resultados

La EIH se define por la invasión colónica por espiroquetas del género *Brachyspira* spp. Su incidencia es baja, describiéndose mayor frecuencia en hombres homosexuales, infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o con otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y en zonas de pobreza. Existe evidencia de mecanismos de transmisión fecal-oral, aunque en países desarrollados se posiciona como una posible ITS. El espectro clínico es amplio, siendo la clínica digestiva la más frecuente. El diagnóstico suele ser un hallazgo anatomopatológico casual o en el contexto del estudio de cuadros de diarrea crónica. El caso que se describe corresponde a un varón con antecedentes de infección por *Treponema pallidum* e infección por VIH al que, ante cuadro de diarrea crónica, se le realiza una colonoscopia en cuyas biopsias confirma la espiroquetosis intestinal.

Conclusiones

Ante cuadro de diarrea crónica en pacientes con VIH u otras ITS, una causa a considerar es la EIH cuyo tratamiento antibiótico, principalmente metronidazol o doxiciclina, solo se recomienda en pacientes sintomáticos o inmunodeprimidos.

CP-06. ¿DISPEPSIA POR UN LEIOMIOMA? A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Linares L¹, González Rayo A¹, Gómez Collado AM¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, Almena Sereno JA¹, Velasco Guardado AJ², Narváez Rodríguez I¹.

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

Objetivo

Revisión de la literatura sobre lesiones subepiteliales gástricas características de las diferentes capas según ecoendoscopia, con descripción de un caso clínico real.

Material y métodos

Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica sobre lesiones subepiteliales gástricas, especialmente leiomiomas.

Resultados

Las lesiones subepiteliales del tubo digestivo superior son poco frecuentes, siendo las más comunes las localizadas en el estómago (60%), seguidas de esófago (30%) y en último lugar duodeno (10%). El 75% de estas lesiones tienen origen intramural y el 25% son debidas a compresiones extrínsecas de la pared. En concreto, los leiomiomas son tumores benignos que bajo visión ecoendoscópica se identifican como lesiones hipoeoicas que dependen de la muscular de la mucosa (ecocapa 2) o de la muscular propia (ecocapa 4), pudiendo ser homogéneos o heterogéneos y en algunos casos contener algunas calcificaciones en su interior.

El caso que se describe corresponde a un paciente diagnosticado inicialmente por ecoendoscopia de un leiomioma gástrico con revisiones anuales que, tras dos pruebas, se concluyó finalmente que el hallazgo correspondía a una reacción inflamatoria de la capa muscular tras el enclavamiento de una espina de pescado. Es por ello que presentamos la utilidad diagnóstica

de la ecoendoscopia para visualizar lesiones subepiteliales con una precisión mayor a otras pruebas de imagen.

Conclusiones

La ecoendoscopia es una técnica muy útil y con alta sensibilidad y especificidad para caracterizar las lesiones subepiteliales atendiendo a su localización, tamaño, ecogenicidad, vascularización y presencia o no de adenopatías. Por otro lado, es operador-dependiente por lo que su interpretación no es reproducible, llevando así a posibles errores diagnósticos.

CP-07. SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK EN LA ERC. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Jiménez Colmenarez Z, Torres Larrubia M, Casiano Manzano S, Domínguez Humanes J, Mata Romero P, Hernández Alonso M, Masa Caballero A

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Introducción

Síndrome de McKittrick-Wheelock es un cuadro de diarrea hipersecretora con severos trastornos hidroelectrolíticos, asociado a adenomas vellosos rectales de gran tamaño (>3-4 cm). Su diagnóstico precoz es clave para un tratamiento oportuno y evitar complicaciones graves.

Caso clínico

Varón de 76 años, pluripatológico, con enfermedad renal crónica (ERC) estadio G4A3 secundaria a nefropatía membranosa e hiperparatiroidismo secundario, diagnosticado en 2008. Función renal estable hasta los últimos dos años, presentando ingresos recurrentes por insuficiencia renal aguda sobre crónica secundario a diarrea con deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y síntomas de mareo y vértigo que mejoran tras reposición hidroelectrolítica.

Se realizó colonoscopia que evidenció pólipo rectal de 5-6 cm, sin signos de invasión profunda. La histología confirmó adenoma tubulovelloso. La estadificación mediante TC y RMN pélvica reveló invasión grasa de 7 mm (T3c) y adenopatía única de 5 mm. En comité multidisciplinario se decidió cirugía, realizándose RAB y colostomía terminal quedando pendiente informe de pieza quirúrgica.

Conclusiones

El diagnóstico de este síndrome puede ser complejo en pacientes con ERC, ya que la diarrea hipersecretora puede enmascarar el deterioro renal, siendo la colonoscopia esencial. Aunque la indometacina puede reducir la secreción del adenoma, está contraindicada en pacientes con insuficiencia renal. La cirugía o la resección endoscópica representan el tratamiento definitivo.

1. Martínez García R. Síndrome de McKittrick-Wheelock: adenoma de recto gigante secretor. *Cir Esp.* 2010.2. Fernández-López F, Paredes-Cotore JP. Síndrome de McKittrick-Wheelock: adenoma vellosos gigante de recto prolapsado. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013 Jun;105(5):309-310. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000500017&lng=es <https://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082013000500017>