

## VF-01. "UTILIDAD DEL CLIP MANTISTM PARA FACILITAR LA EXPOSICIÓN Y RESECCIÓN DE UNA LESIÓN SOBRE VALVULA ILEOCECAL"

Hernández Pérez AM, Sánchez Yagüe A, Castillo Toledo M, Pérez Aisa Á

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

### Introducción

La resección endoscópica de lesiones colorrectales complejas supone un reto técnico por la dificultad de caracterización y el riesgo de resección incompleta. Se consideran complejas en función de su tamaño, morfología y localización. Entre ellas, la válvula ileocecal representa una de las localizaciones más desafiantes por su anatomía y movilidad. En este contexto, resulta fundamental el uso de dispositivos que mejoren la exposición de la lesión, como capuchones transparentes, técnicas de tracción mecánica, clips con hilos o inyección submucosa. La utilidad de cada método depende de la morfología y localización de la lesión.

### Caso clínico

Mujer de 68 años que se sometió a colonoscopia de cribado por antecedente familiar de cáncer colorectal. Se visualiza en la valva anterior de la válvula ileocecal, una lesión plana sobre elevada 0-IIa, NICE 2, de unos 19 mm, con extensión hacia íleon. Por su posición hacía difícil una buena caracterización y abordaje.

Se intentó exponer la lesión mediante capuchón y pinzas de cocodrilo permitiendo exponer la lesión de forma transitoria, pero esta recidía hacia el interior ileal, imposibilitando una valoración estable. Finalmente, se empleó un clip MANTISTM con el que se fijó la mucosa adyacente a la lesión a un haustra proximal. La maniobra permitió exteriorizar de forma continua la lesión, posibilitando una valoración precisa que descartara áreas sugestivas de infiltración en profundidad y una buena delimitación de los bordes de la lesión para realizar una planificación adecuada. Tras elevación submucosa con colorante, se practicó una resección mucosa por piezas.

La paciente no presentó complicaciones inmediatas ni tardías. El estudio anatomopatológico informó de un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado, quedando pendiente de seguimiento endoscópico.

### Discusión

El clip Mantis, un sistema de tracción ajustable cuya indicación principal es la aproximación de bordes en defectos mucosos, puede considerarse una herramienta eficaz en lesiones de difícil exposición. Sus ventajas principales frente a métodos previos son la capacidad de ejercer una tracción controlada y un agarre más

seguro del tejido sano, lo que optimiza la exposición y facilita una resección completa en localizaciones desafiantes.

Este caso se subraya la utilidad de los sistemas de tracción avanzados y del empleo combinado de diferentes recursos técnicos, que amplían las posibilidades de la endoscopia terapéutica y reducen la necesidad de cirugía, con el consiguiente beneficio para el paciente. No obstante, será necesario evaluar su rendimiento en estudios prospectivos y comparativos que determinen su verdadero papel frente a otras modalidades de tracción.



## VF-02. Z POEM COMO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER EN PACIENTES CON TABIQUE DE MENOR GROSOR.

Nieto Retamino M, Martínez Sendín F, Ojeda Salvador M, García Fernández FJ, Martín Guerrero JM

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

### Introducción

El divertículo de Zenker resulta de la protrusión de la mucosa y submucosa a través del triángulo de Killian, una zona de debilidad muscular al encontrarse entre el músculo constrictor faríngeo inferior, superiormente, y el músculo cricofaríngeo, inferiormente. Z-POEM es un nuevo procedimiento que permite realizar una miotomía total del tabique a lo largo de un túnel submucoso, de forma segura con buenos resultados.

### Caso clínico

Mujer de 86 años con cardiopatía hipertensiva, estenosis aortica ligera, intervenida de apendicetomía y colpoplastia anterior en 2010, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Refiere desde hace años disfagia y regurgitación que aumenta de forma progresiva hasta presentar hace meses disfagia a líquidos y pérdida de peso. Se realiza un esófago con bario apreciándose un divertículo de Zenker de 3cm por lo que se valora para tratamiento endoscópico.

En la endoscopia se aprecia un divertículo de Zenker con un tabique de muy poco grosor (2cm) por lo que se decide la realización de ZPOEM.

Para realización del Z POEM, se realizó sedación con anestesia e intubación, insuflación con CO2, profilaxis antibiótica con amoxicilina- clavulánico , utilizamos un disector Hybrid-Knife T y una fuente de ERBE VIO3.

Primero se realiza un habón con suero fisiológico (5-10cc) en el tabique. Posteriormente realizamos una mucosectomía transversal (en la misma dirección del tabique). Luego continuamos con la tunelización hacia esófago. Realizamos la miotomía del cricofaríngeo y parte de la musculatura esofágica. Por último cerramos con varios clips el defecto mucoso. Se revisa la integridad mucosa y el paso hacia esófago es adecuado.

La paciente fue dada de alta 24 horas después de el Z-POEM manteniéndose sin dolor y tolerando dieta triturada, con antibioprofilaxis 5 días e IBP /12h 4 semanas.

Un mes después, no presentaba disfagia y realizaba una dieta normal.



ZPOEM	Diverticlectomía con endoscopio flexible
Menor recurrencia de los síntomas	Mayor recurrencia de los síntomas
Corte completo del cricofaríngeo (más preciso y profundo). Mayor utilidad en pacientes con divertículos más amplios y tabiques más estrechos	Corte incompleto del tabique
Mayor complejidad y defectos del cierre del túnel submucoso	Complejidad técnica menor

Figura 1. Comparación con septomiotomía.

## Discusión

Tanto la septomiotomía con endoscopio flexible como el ZPOEM son técnicas con comparables por una gran tasa de éxito técnica y clínica, ambas con una baja tasa de complicaciones aunque ZPOEM puede suponer una técnica más compleja y puede tener un mayor riesgo en cuanto al defecto del cierre. La tasa de

reintervención es similar entre ambas. En ZPOEM la sección del cricofaríngeo es más precisa y profunda siendo útil en pacientes con divertículos de mayor tamaño y con menor recurrencia de los síntomas. Aunque la mayoría de estudios son metanálisis con seguimiento a corto plazo.

## VF-03. D-POEM: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO.

**Ojeda Salvador M, Herrería Fernández I, Ruiz Sánchez A, García Fernández F, Martín Guerrero J**

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

## Introducción

El D-POEM (Diverticular Peroral Endoscopic Myotomy) es una técnica endoscópica mínimamente invasiva basada en la metodología del POEM original (Peroral Endoscopic Myotomy) y que se usa para el tratamiento del divertículo esofágico sintomático. Este procedimiento resulta especialmente útil en pacientes que presentan disfunción motora esofágica coexistente, ya que permite tratar tanto el divertículo como la alteración motora en un único procedimiento endoscópico.

## Caso clínico

Abordamos el caso de un varón de 65 años, sometido a trasplante alogénico por un síndrome mielodisplásico, ingresado por disfagia, regurgitación y fiebre intermitente. En la endoscopia oral se observa en esófago distal una esofagitis química por retención y un divertículo epifrénico que condiciona compresión esofágica y retención alimenticia, ocasionando un cardias lateralizado y con una angulación marcada para el paso al estómago.

Se inicia el procedimiento mediante una inyección submucosa, utilizando sistema de infusión a presión tipo Erbe-Jet. A continuación, se realiza una incisión mucosa longitudinal sobre la pared esofágica, aproximadamente 2-3 cm proximal al cuello del divertículo, empleando un disector Hybrid-Knife. A través de esta incisión, se procede a la creación de un túnel submucoso en dirección distal, extendiéndose hasta la base del divertículo. Se efectúa una miotomía del tabique del divertículo y del esófago hasta cavidad gástrica, seccionando las fibras musculares circunferenciales. La incisión mucosa de entrada se cierra al final con hemoclips para evitar fugas.

## Discusión

El D-POEM es una alternativa mínimamente invasiva y eficaz para el tratamiento del divertículo epifrénico, que ofrece una menor tasa de complicaciones, menor estancia hospitalaria y una recuperación más rápida frente a la cirugía.



## VF-04. MANEJO ENDOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE WILKIE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Sánchez A, Suárez Toribio Á, Herrería Fernández I, García Fernández FJ, Ontanilla Clavijo G, Araujo Miguez Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

### Introducción

El síndrome de Wilkie, o síndrome de la arteria mesentérica superior, se produce debido a la compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, provocando síntomas de obstrucción intestinal alta. Suele ser secundario a pérdida de peso, reducción del tejido adiposo mesentérico, alteraciones anatómicas o procedimientos quirúrgicos que modifican la relación entre los elementos citados.

### Caso clínico

Paciente de 16 años que presenta escoliosis idiopática torácica progresiva de alto grado. El 24/02/25 se realiza cirugía de columna con artrodesis T3L3 bajo monitorización neurofisiológica intraoperatoria, sin incidencias. A nivel nutricional presenta peso previo a la cirugía de 51 kgs y talla 1'78m, IMC 16,09 kg/m<sup>2</sup>.

Tras el alta hospitalaria, acude a urgencias en varias ocasiones por cuadro de vómitos alimentarios acompañados de distensión abdominal, que no responden a tratamiento con antieméticos, llegando a provocarle un síndrome de Mallory-Weiss. Dada la situación clínica y los datos de desnutrición severa, con pérdida de 10 kg de peso, el 17/03/25 se cursa ingreso en Digestivo.

Las pruebas complementarias realizadas (radiografía, TC abdominal, tránsito intestinal, endoscopia oral) presentan datos a favor del síndrome de arteria mesentérica superior. Inicialmente recibe nutrición parenteral y posteriormente enteral por sonda a yeyuno de doble luz para aspiración gástrica.

A pesar de mostrar cierta recuperación ponderal, no se consigue remisión del cuadro emético.

Se plantea reintervención por parte del equipo de Traumatología para revertir cirugía de columna, cuya modificación anatómica se sospecha causante del cuadro. Como alternativa, se decide realización de gastroenteroanastomosis por ecoendoscopia, con colocación de PAL Hot-Axios de 20x10 mm sin incidencias. Tras su colocación el paciente reinicia de forma progresiva la alimentación vía oral. Al alta hospitalaria, se mantiene nutrición enteral por sonda para un adecuado aporte calórico diario, suspendiéndola al cabo de un mes por buena evolución.

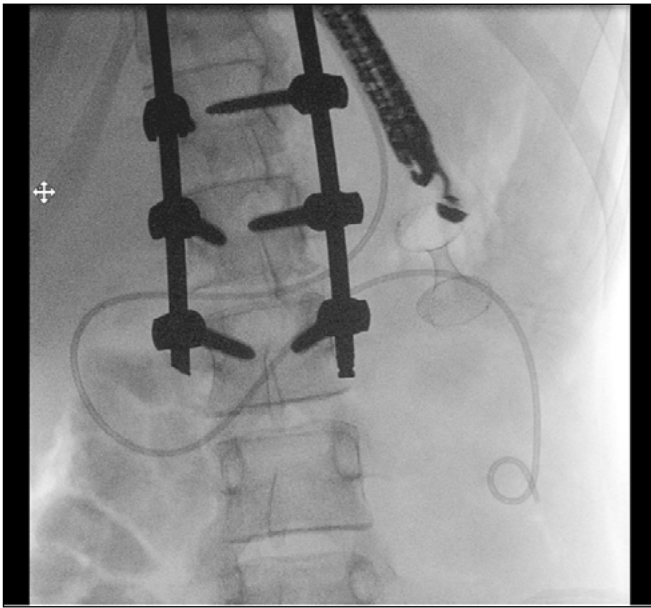
A los 5 meses del ingreso, el paciente ha recuperado 11 kg de peso, con tránsito intestinal con bario de control sin estenosis a nivel duodenal, y con tolerancia oral plena, motivo por el que está a la espera de la retirada de la prótesis Axios próximamente.



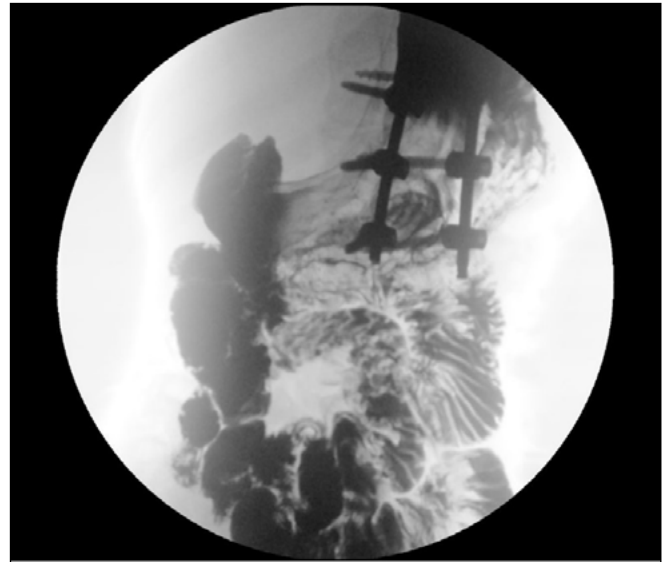
Figura 1. Tránsito intestinal inicial, con dilatación de segunda porción duodenal por compresión extrínseca.

### Discusión

El tratamiento inicial del síndrome de Wilkie suele ser conservador, centrado en mejorar el estado nutricional. La técnica invasiva de elección sigue siendo la duodeno-yeyunostomía laparoscópica. Sin embargo, nuevas alternativas como la gastroenteroanastomosis endoscópica, una técnica emergente y menos invasiva, deben ser tenidas en cuenta en el manejo de esta patología.



**Figura 2.** Procedimiento de colocación de sonda nasoyeyunal y gastroenteroanastomosis endoscópica, con prótesis de aposición luminal Hot-Axios de 20x10 mm.



**Figura 3.** Tránsito intestinal normalizado tras recuperación ponderal.