

CP-001. EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA (CE) EN UN HOSPITAL COMARCAL

García Ródenas C¹, Martínez Escapa V¹, Martí Romero L¹, Alemany Pérez G², Jiménez Martínez P¹, Pretel Vicea L¹, Cardona Bellés A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. VALENCIA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL FRANCESC DE BORJA DE GANDIA. GANDIA, VALENCIA.

Introducción

Valorar el rendimiento diagnóstico de la CE precoz, en un hospital comarcal.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y observacional, en el que se revisan todas las CE precoces, administradas durante el ingreso del paciente, en un período de 8 años. 23 cápsulas se realizaron con una mediana de días de ingreso de 11,2 en 14 hombres y 9 mujeres con una mediana de edad de 76 años. Aproximadamente el 35% de los pacientes estaban en tratamiento con antiagregantes y más del 50 % con anticoagulantes. La indicación más frecuente de la realización de la CE fue la sospecha de hemorragia digestiva de origen no filiado u oscuro (HDOO). La CE fue realizada tras gastroscopia y/o colonoscopia previas no diagnósticas.

Resultados

La CE reveló sangrado activo en 5 pacientes (21,7%). La causa del sangrado se localizó en 15 pacientes (65,2%) siendo las angiectasias intestinales las responsables del mismo hasta en el 73,3%. Como consecuencia de los hallazgos, se realizó tratamiento específico en 11 pacientes (55%) con manejo conservador en 6 pacientes (30%) y tratamiento quirúrgico en 3 de ellos (15%). En el caso de las CE realizadas de forma urgente, todas presentaron hallazgos y fueron subsidiarias de posterior tratamiento.

Conclusiones

Nuestros resultados muestran que la cápsula precoz, puede ser útil en pacientes con HDOO/HDOOV, ya que se han encontrado hallazgos en la mayoría de los pacientes, evitando potenciales procedimientos diagnósticos y permitiendo medidas terapéuticas específicas, siendo mayor el rendimiento en el caso de las cápsulas realizadas de forma urgente (2).

CP-002. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO COMPARATIVO DE TOLERANCIA Y CALIDAD DE LA LIMPIEZA COLÓNICA ENTRE CITRAFLEET Y BOHM

Ordóñez López MÁ, Valdés Delgado T, Jiménez Garcia VA, Muñoz García-Borrueal M, Belvis Jiménez MI, Caunedo Álvarez Á, Rodríguez Téllez M

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Una adecuada preparación colónica es esencial para la calidad de la colonoscopia. Bohm y Citrafleet son dos preparados utilizados habitualmente, con posibles diferencias en éxito de limpieza y tolerancia.

Comparar la tasa de éxito de la limpieza colónica y la tolerancia de Bohm frente a Citrafleet, así como la presencia de bilis/espuma durante la exploración.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo, comparativo, unicéntrico. Se analizó la tasa de éxito de limpieza colónica (definida por >6 puntos en la Escala de Boston (EB) y >2 puntos en cada tramo), tolerancia que fue resumida mediante la pregunta “¿repetiría con el mismo evacuante?” y la presencia de bilis/espuma durante la colonoscopia.

Resultados

Se incluyeron 113 pacientes (73 de Bohm y 40 de Citrafleet, **tabla 1**). La media global del Boston fue superior para Citrafleet (8±1.2 vs 7.7±1.2 para Bohm, p=0.241) (**Tabla 2**), sin diferencias en la tasa de éxito de limpieza, aunque sin alcanzar la significación estadística (97.3% para Bohm vs 94.9% para Citrafleet, p=0.434) (**Figura 1**). La aceptación fue mejor con Citrafleet : 97.5% vs 78.1% con Bohm; p=0.025, (**Figura 2**). La presencia de bilis/espuma fue significativamente menor con Citrafleet (p<0.001) (**Figura 3**).

Conclusiones

Variables	Bohm(n=73)	Citrafleet(n=40)
Sexo (hombres),n(%)	63%	45%
Edad (años),media(DE)	60.1(±7.4)	59.9(±7.1)
Turno colonoscopia, n(%)		
Mañana	30(41.1)	12(30)
Tarde	43(58.9)	28(70)
Primera colonoscopia, n(%)		
Si	67(93.1)	30(75)
Líquidos extras, n(%)		
Nada	18(25.4)	1(2.5)
<1L	13(18.3)	0(0)
1-2 L	25(35.3)	4(10)
>2L	15(21.1)	35(87.5)

Tabla 1. Características basales de los pacientes de ambos grupos.

Tramos	Bohm	Citrafleet	p
CD, media(DE)	2.4(0.5)	2.5(0.6)	0.345
CT, media(DE)	2.7(0.5)	2.8(0.4)	0.346
CI, media(DE)	2.6(0.5)	2.8(0.4)	0.143
Boston global, media(DE)	7.7(1.2)	8(1.2)	0.241

Tabla 2. Media global del Boston para ambos grupos.

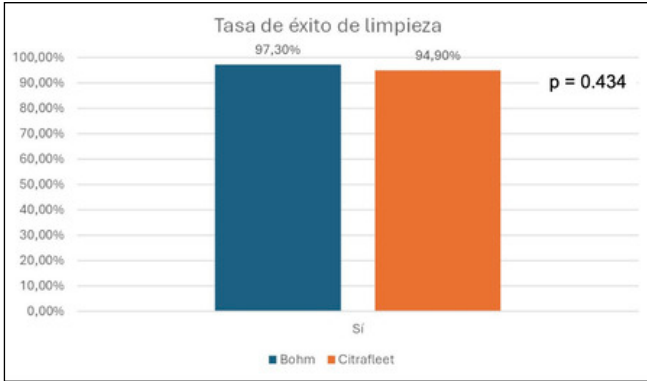


Figura 1. Gráfico de tasa de éxito de limpieza en ambos grupos.

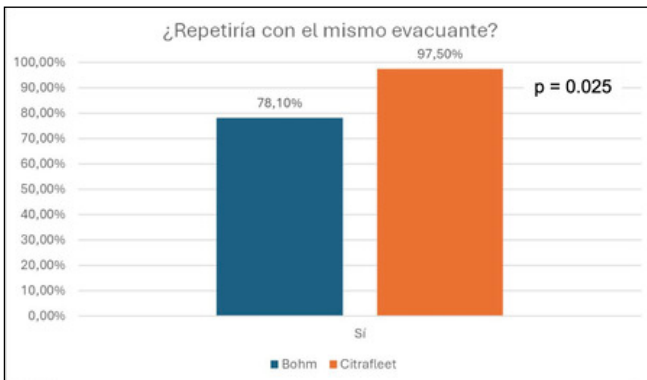


Figura 2. Gráfico: tolerancia en ambos grupos, ¿repetiría con el mismo evacuante?

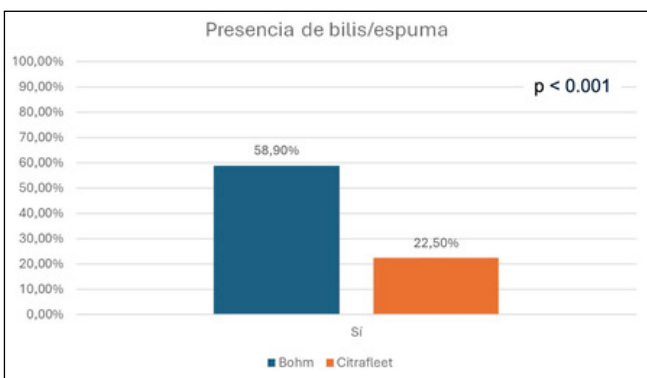


Figura 3. Gráfico: presencia de bilis/espuma en ambos grupos.

Citrafleet se tolera mejor y presenta menos burbujas/bilis en la exploración, con la misma efectividad en la limpieza colónica que Bohm, lo que respalda su uso en práctica clínica.

CP-003. FÍSTULA Y COMPRESIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A ROTURA DE ANEURISMA TORÁCICO TRATADA MEDIANTE DOBLE PRÓTESIS ESOFÁGICA.

Alonso Belmonte C, Sánchez Sánchez MI, Parra López B, Torres Saavedra M, Rubio Herrero A, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

Las fístulas esofágicas son complicaciones graves que suelen asociarse a neoplasias, radioterapia o infecciones, pero raramente a aneurismas de aorta torácica. La rotura de un aneurisma puede generar hematomas mediastínicos con compresión traqueoesofágica y comunicación patológica con el tubo digestivo, desencadenando hemorragia y disfagia. Su pronóstico es desfavorable, con elevada mortalidad a pesar de intervenciones multidisciplinarias urgentes.

Caso clínico

Varón de 62 años, fumador, que consultó por hemoptisis con sospecha inicial de neoplasia pulmonar confirmado posteriormente en un PET TC. Sin embargo el TC torácico que se realizó posteriormente identificó que en realidad se trataba de un aneurisma bilobulado de aorta torácica con crecimiento mediastínico (5.5 × 6.2 cm). Durante el ingreso el paciente desarrolla afagia, hematemesis e hipotensión, requiriendo intervención urgente por rotura del aneurisma con colocación de dos endoprótesis vasculares y derivación carótido-subclavia. Se realiza tras estabilización una gastroscopia evidenciándose además una compresión extrínseca por el hematoma mediastínico, un trayecto fistuloso que comunicaba con este. Se decidió colocar una prótesis esofágica metálica cubierta (SX-ELLA). Pese a esta intervención el paciente persiste con disfagia realizándose una segunda gastroscopia que mostró isquemia esofágica distal que provocaba dificultad al paso del endoscopio, por lo que se posicionó una segunda prótesis coaxial. Estudios posteriores con TC y contraste oral confirmaron la persistencia de hematoma con desplazamiento mediastínico, compresión esofágica y persistencia de la fístula. A pesar del tratamiento endoscópico el paciente continuó sin tolerancia oral presentando incluso varios episodios de hematemesis. Se descartó dada la gravedad y complejidad del cuadro la posibilidad quirúrgica, desembocando en el fallecimiento del paciente.

Discusión

La fístula esofágica secundaria a aneurisma aórtico roto es una complicación muy infrecuente y de pronóstico desfavorable. Aunque el tratamiento endovascular permite controlar inicialmente la rotura y la hemorragia, la compresión y la comunicación con el esófago pueden persistir. El uso de prótesis esofágicas metálicas cubiertas constituye una herramienta de soporte útil para controlar la fístula y mejorar la sintomatología, aunque la eficacia es limitada cuando coexisten hematomas

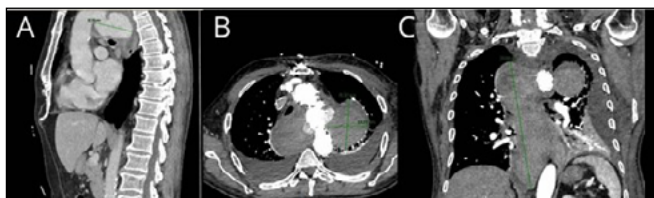


Figura 1. A) Aneurisma bilobulado y compresión de estructuras adyacentes. B) Endoprótesis aórtica con endofuga en cayado. C) Comunicación entre el esófago y aneurisma.

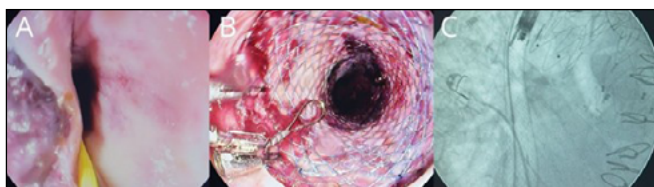


Figura 2. A) Compresión esofágica proximal por hematoma que condiciona una solución de continuidad. B) Visión tras colocación de prótesis esofágica metálica cubierta fijada con clips. C) Escopia intraoperatoria. Prótesis esofágica normoposicionada con marcada incurvación por compresión extrínseca.



Figura 3. A) Prótesis esofágica posicionada. Endoprótesis torácica permeable. Persistencia del hematoma. B) Radiografía tras prótesis esofágica coaxial, persiste desplazamiento esofágico y mediastínico C) Tránsito esofágico con dificultad de vaciamiento y retención de contraste pese a prótesis.

mediastínicos masivos y compresión extrínseca. En este caso, la necesidad de doble prótesis refleja la complejidad del manejo y la refractariedad de la fístula. El abordaje multidisciplinar, combinando cirugía vascular, radiología intervencionista y endoscopia, fue clave para la estabilización inicial, aunque el desenlace final pone de relieve la elevada mortalidad de esta entidad excepcional.

CP-004. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

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

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

Introducción

La enfermedad diverticular del colon es muy prevalente, vinculada a la edad y a factores dietéticos. La estenosis es una complicación rara, difícil de distinguir del carcinoma, lo que exige diagnóstico diferencial e intervención precoz mediante

un abordaje quirúrgico. Las fístulas rectovaginales, pueden aparecer como complicación tras cirugía rectal, debido al auge de las técnicas de preservación esfinteriana y empleo de suturas mecánicas. Su abordaje depende del tamaño y localización de la fístula, siendo el tratamiento endoscópico con dispositivos específicos, una de las opciones más consideradas en pacientes seleccionados.

Caso clínico

Mujer de 82 años con diverticulosis colónica que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda persistente tras episodio de diverticulitis aguda no complicada tratado con antibioterapia. Se realizó colonoscopia observándose estenosis de aspecto tumoral en sigma no franqueable con biopsias sin evidencia de malignidad. En el TC abdomino-pélvico realizado se informaba de un engrosamiento parietal de sigma (Figura 1) con probable infiltración uterina. Tras presentar en Comité de Tumores, se realizó sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis termino-terminal e hysterectomía. La histología informó de un plastrón inflamatorio en el seno de una diverticulitis adherido al útero. Al décimo día de la cirugía, comenzó con débito seroso vaginal completándose estudio con TC abdomino-pélvico con contraste endorrectal que mostró fuga en la anastomosis colorrectal con trayecto hacia la luz vaginal, compatible con fístula rectovaginal (Figura 2). Se realizó colonoscopia encontrándose a 10 cm del MAE la anastomosis quirúrgica e identificándose el orificio fistuloso a través de una guía transvaginal insertada por Ginecología (Figura 3). Se aplicó coagulación en los bordes de la fístula y se realizó su cierre endoscópico mediante sistema OVESCO (Figura 4). Tras el tratamiento endoscópico, la paciente evolucionó favorablemente, permaneciendo asintomática y con resolución completa de la fístula.

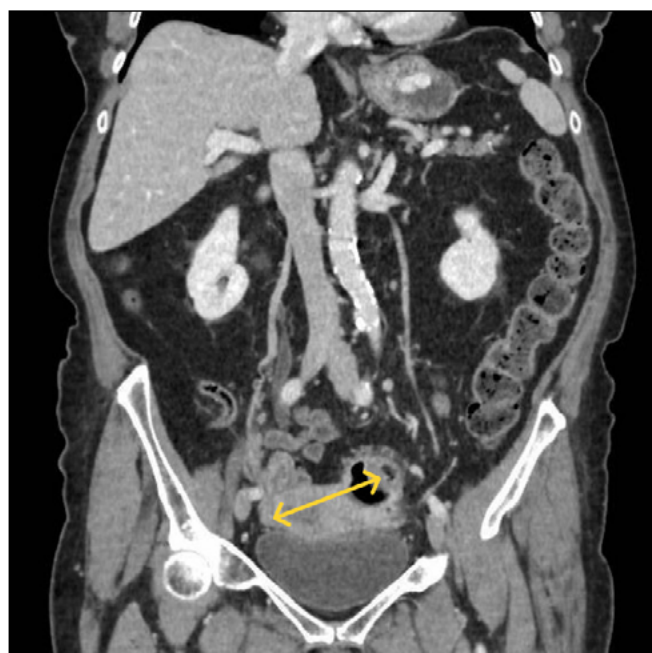


Figura 1. Engrosamiento de sigma en TC Abdomino-pélvico.

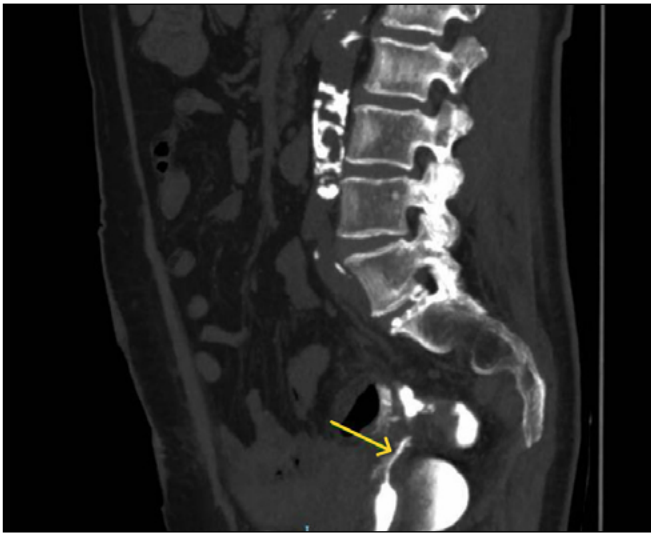


Figura 2. Contraste endorrectal con fuga rectovaginal.

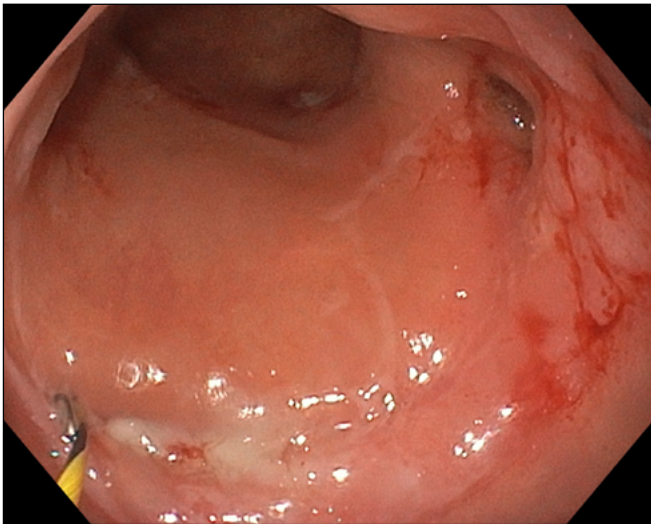


Figura 3. Guía saliendo por orificio fistuloso.

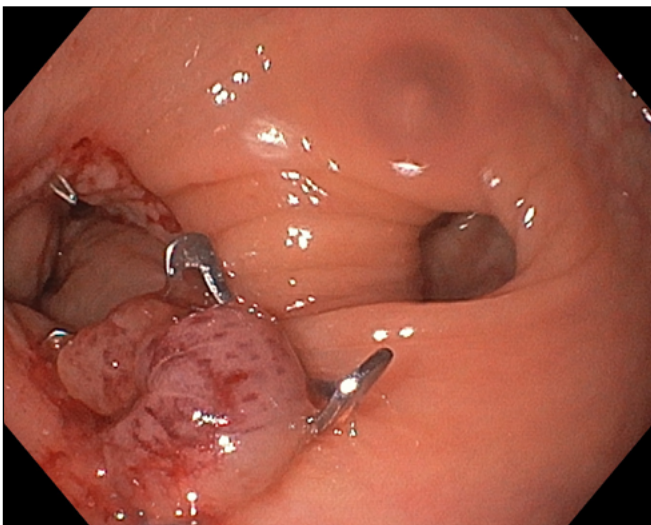


Figura 4. Cierre endoscópico mediante sistema OVESCO.

Discusión

Las fistulas rectovaginales constituyen una patología poco frecuente y de etiología multifactorial, asociada principalmente a trauma obstétrico, enfermedad inflamatoria intestinal como la enfermedad de Crohn, radioterapia pélvica, infecciones, neoplasias y, en menor medida, a intervenciones quirúrgicas rectales, especialmente resecciones bajas. El abordaje terapéutico depende de la causa subyacente, así como del tamaño y la localización de la fistula, contemplando estrategias conservadoras, endoscópicas o quirúrgicas. En casos seleccionados, los trayectos fistulosos pequeños y de localización distal pueden beneficiarse de tratamiento endoscópico mediante sistemas de cierre con clips especializados. Esta técnica representa una alternativa segura con buenos resultados, optimizando el abordaje de este tipo de complicaciones.

CP-005. COINFECCIÓN OPORTUNISTA MÚLTIPLE EN PACIENTE CON VIH AVANZADO: LEISHMANIASIS GÁSTRICA Y SARCOMA DE KAPOSI.

Rebertos Costela E, Ruiz Arias N, Rubio Mateos J, Rodríguez Medina C, Bonoso Criado R

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Introducción

La infección por VIH en estadio avanzado se asocia a una inmunodepresión severa con riesgo elevado de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas. Entre estas últimas, el sarcoma de Kaposi constituye la neoplasia más característica, vinculada a la infección por el virus del herpes tipo 8. La leishmaniasis visceral, causada por *Leishmania infantum* en el área mediterránea, puede manifestarse con fiebre prolongada, pérdida de peso y pancitopenia, siendo la afectación gástrica un hallazgo excepcional descrito fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos. La coexistencia en un mismo paciente de ambas entidades, junto con infecciones oportunistas clásicas como toxoplasmosis cerebral, neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y candidiasis esofágica, constituye un escenario clínico de gran complejidad diagnóstica y terapéutica.

Caso clínico

Varón de 27 años inmigrante, sin antecedentes relevantes, que consulta por fiebre intermitente, pérdida ponderal de 5-8 kg, temblores y debilidad progresiva de hemicuerpo derecho. En la analítica destaca pancitopenia. El TAC craneal objetiva lesiones hipodensas en hemisferio izquierdo compatibles con toxoplasmosis cerebral. Se confirma infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en estadio SIDA, con neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. El paciente presenta anemia y deposiciones melénicas. La endoscopia digestiva alta evidencia candidiasis esofágica (Figura 1). Se evidencia además mucosa gástrica atrófica con múltiples lesiones maculopapulares rojizas, elevadas y con tendencia a confluir, principalmente en incisura y antro. Algunas presentan umbilicación central (Figura 2). Las biopsias muestran gastritis crónica atrófica con abundantes

amastigotes de Leishmania y focos compatibles con sarcoma de Kaposi.

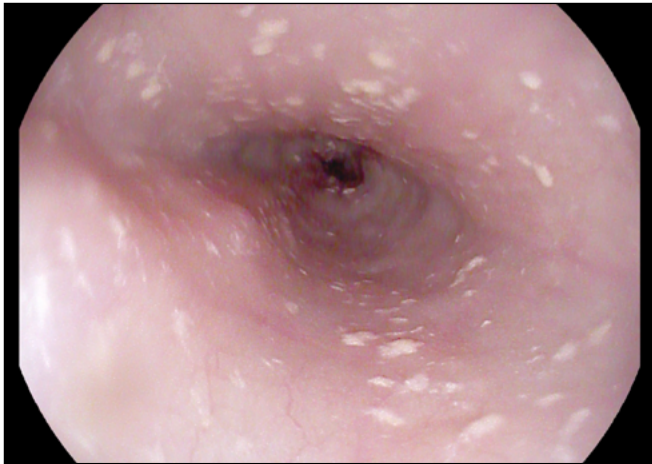


Figura 1. Mucosa con placas algodonosas de color amarillento-blanquecino que no se desprenden al lavado. Sugerente de candidiasis esofágica.

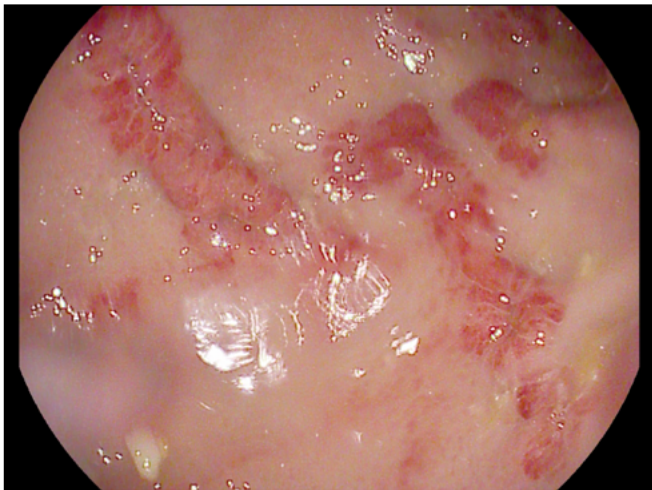


Figura 2. Lesiones elevadas maculo-papulares en mucosa gástrica con ligera umbilicación central y tendencia a confluír.

Discusión

El caso ilustra la amplia variedad de complicaciones que pueden coexistir en pacientes con VIH avanzado. La leishmaniasis visceral es endémica en la cuenca mediterránea, pero su afectación gástrica es excepcional, descrita casi exclusivamente en pacientes inmunodeprimidos. El sarcoma de Kaposi gástrico, por su parte, se caracteriza por lesiones maculopapulares rojizas con riesgo de sangrado. La asociación de ambas entidades en un mismo paciente supone un hallazgo clínico infrecuente, con implicaciones diagnósticas relevantes dado que ambas pueden simular otras gastropatías infiltrativas. La presencia simultánea de candidiasis esofágica y toxoplasmosis cerebral refuerza el contexto de inmunosupresión profunda. El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar, incluyendo tratamiento antirretroviral precoz, terapia antiparasitaria frente a Leishmania y valoración oncológica para el manejo del sarcoma de Kaposi. Este caso subraya la importancia de una evaluación integral y la consideración de diagnósticos poco frecuentes en pacientes con SIDA avanzado.

CP-006. HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA: UN GRAN IMITADOR DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO

Extremera Fernández A¹, García Robles A¹, Baute Trujillo EA¹, González Peregrina SM²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) es una proliferación epitelial benigna y reactiva, caracterizada por una proliferación irregular del epitelio escamoso, formando proyecciones simulando la invasión de un carcinoma escamoso. Esta condición puede ser inducida por múltiples estímulos, como infecciones crónicas, inflamación o traumatismos.

Es un hallazgo común en lesiones orales, pero extremadamente raro en esófago, representando un desafío en el diagnóstico diferencial, puesto que podría llevar a un manejo inapropiado dado su benignidad.

Caso clínico

Varón de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, obesidad y tabaquismo (20 cigarrillos /día). Ingresa para estudio de derrame pleural y pericárdico. Se realizó PET-TC que mostró hipercaptación en unión esofagogástrica sugerente de malignidad (Figura 1).

Se realiza gastroscopia objetivando una masa excrecente, mamelonada, en la unión esofagogástrica sugerente de neoformación (Figura 2). Sin embargo, el diagnóstico histológico fue hiperplasia pseudoepiteliomatosa además de presencia de hifas micóticas (Figura 3), sin evidencia de infiltración neoplásica. El cultivo microbiológico informó de presencia de *Candida Glabrata* (Figura 4). Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal y posteriormente Voriconazol oral.

Debido a la alta sospecha tumoral por imagen endoscópica, se realizó ecoendoscopia observando desestructuración de capas y rotura de la muscular, compatible con estadio uT3. Repetidas biopsias de la masa resultaron negativas para malignidad. Al mes de finalizar tratamiento antifúngico, se realizó EDA de control objetivando reducción del tamaño de la lesión esofágica, con mismo resultado histológico: hiperplasia pseudoepiteliomatosa, ya sin presencia de hifas, pudiendo descartarse etiología neoplásica (Figura 5).

Discusión

Mientras que la HPE es bien conocida en cavidad oral, su presencia en esófago es extremadamente inusual. La patogénesis de la HPE es de origen multifactorial, implicándose una cascada de citoquinas proinflamatorias como el receptor de crecimiento epidérmico (EGFR) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), sobreexpresadas en ambientes inflamatorios como

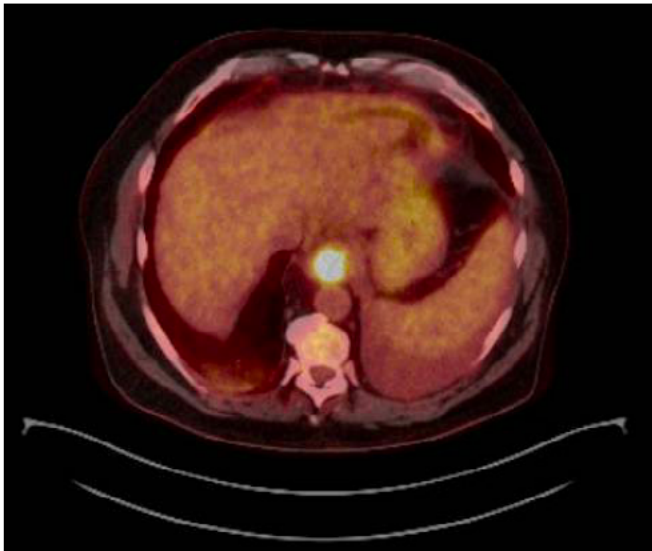


Figura 1. PET-TC. Intenso hipermetabolismo sobre unión esofagogástrica (SULmáx 14,43), con extensión craneocaudal aproximada de 34 mm y engrosamiento concéntrico mural.

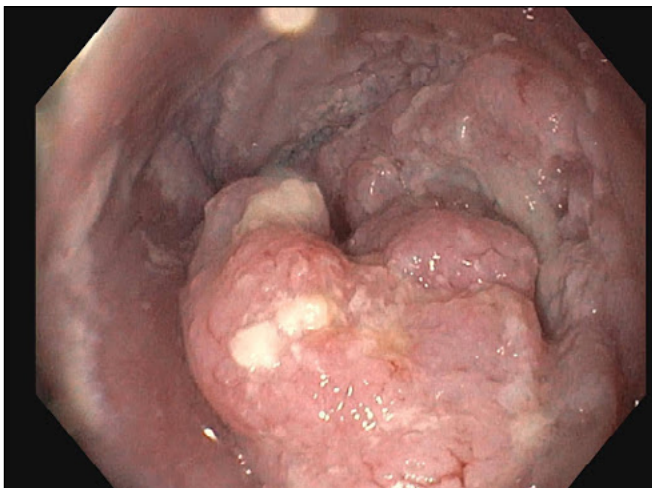


Figura 2. Gran masa exofítica, mamelonada, en esófago distal objetivada en primera gastroscopia.

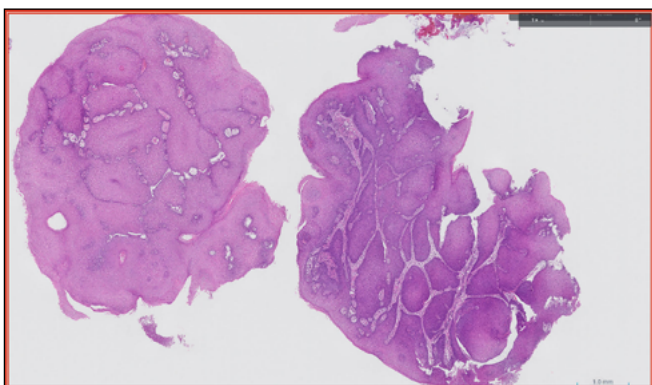


Figura 3. H&E 5x. Dos fragmentos que corresponden a epitelio escamoso esofágico hiperplásico y con papilomatosis, sin signos de displasia sugerente de hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

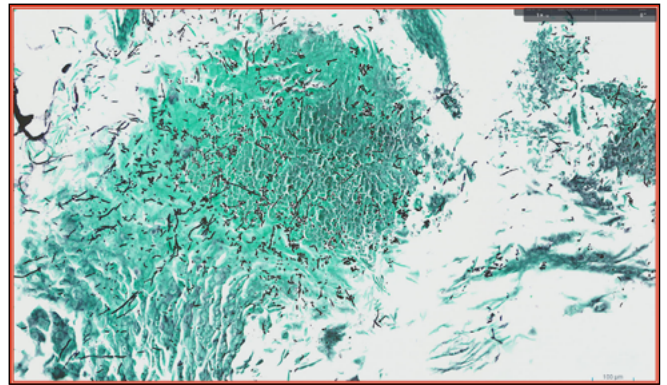


Figura 4. Foco de intenso infiltrado inflamatorio agudo con presencia de abundantes hifas y esporas fúngicas en tinción grocott.

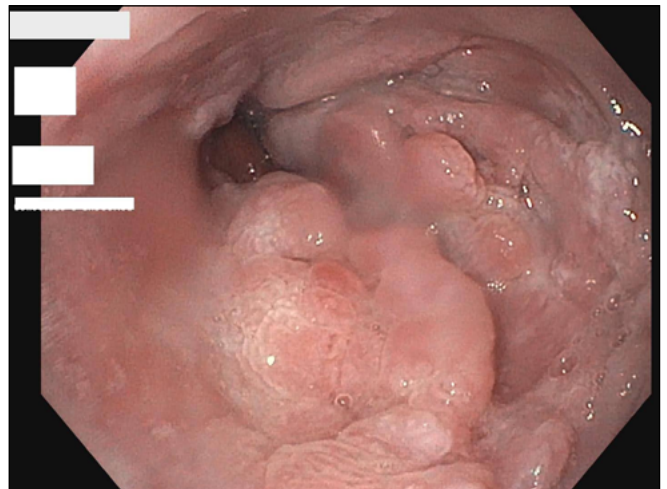


Figura 5. Disminución del tamaño de masa esofágica permitiendo visualización de luz tras tratamiento antifúngico.

traumatismos repetidos o infecciones, como la de nuestro caso por *C. Glabrata*.

La ausencia de hallazgos histopatológicos como atipia nuclear o mitótica, junto con la evidencia de un hallazgo subyacente orientaron el diagnóstico hacia lesión benigna pseudoepiteliomatosa. Este caso pone de relieve la HPE en el desafío diagnóstico de lesiones benignas esofágicas que, a pesar de su aspecto alarmante e imitador de un carcinoma escamoso de esófago, no muestran malignidad en la biopsia.

CP-007. LA MUCOSECTOMÍA MULTIBANDA: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA TUMORES “MINI-GIST”.

García Márquez N, Valdés Delgado T, López Muñoz M, Rodríguez Tellez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimatosos más comunes del tracto gastrointestinal,

siendo el estómago su localización más frecuente. Su tratamiento suele ser quirúrgico, pero existe un subtipo especial menos común conocido como mini-GIST, caracterizado por tener diámetro máximo de 2 cm, cuyo tratamiento podría ser endoscópico.

Caso clínico

Mujer de 74 años con molestias abdominales inespecíficas se realizó una gastroscopia, objetivándose en fundus gástrico una lesión subepitelial de 11-12 mm (Figura 1). Se realizó ecoendoscopia apreciándose lesión hipoeocogénica redondeada, de bordes regulares, que dependía de la segunda capa de la mucosa (lámina propia) (Figura 2).



Figura 1. Lesión subepitelial en fundus gástrico de 11-12 mm.

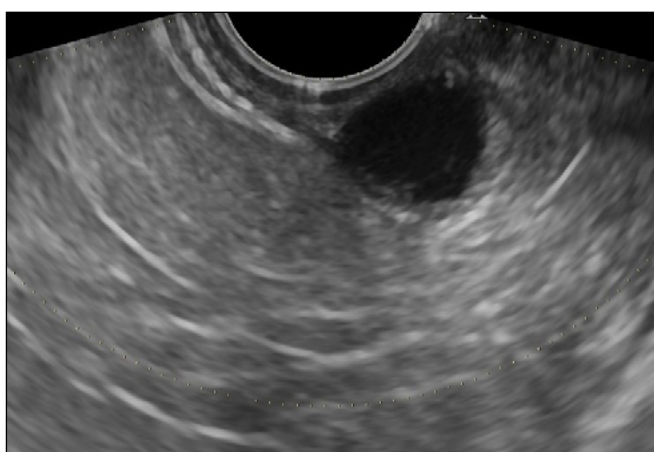


Figura 2. Ecoendoscopia. Lesión hipoeocogénica dependiente de la lámina propia de la mucosa.

Se llevó a cabo una resección completa mediante mucosectomía endoscópica multibanda (MBM). Para ello, se aspiró la lesión hacia el capuchón, se liberó la banda creando un pseudo-pedículo, posteriormente se resecó con asa de diatermia por debajo de la banda (cutting/snare resection) y se cerró la escara con 4 hemoclips (Figuras 3 y 4).

La anatomía patológica reveló un tumor mini-GIST tipo células fusiformes de bajo grado histológico (G1, < 5 mitosis / 5 mm²), de 10 mm de diámetro, que no alcanza bordes quirúrgicos de resección (pT1, R0). Las células neoplásicas fueron positivas para CKIT, CD34 y DOG1 confirmando el diagnóstico emitido. El índice proliferativo ki67 no superó el 5%.



Figura 3. Escara resultante de realización de mucosectomía endoscópica multibanda.

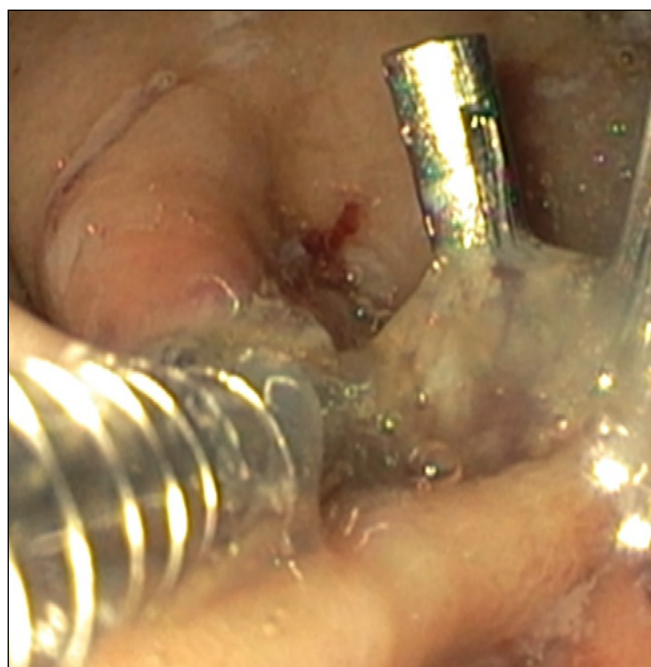


Figura 4. Escara cerrada tras colocación de hemoclips.

Discusión

Aunque el tratamiento de elección de los tumores GIST es el quirúrgico, en casos seleccionados la resección endoscópica es una opción viable.

Nuestro caso en concreto es la situación óptima para realizar un tratamiento endoscópico al tratarse de un tumor GIST < 2 cm (mini-GIST) que depende de la lámina propia. Se realizó en concreto resección mediante MBM, asegurando tras el estudio histológico criterios de resección segura y bajo riesgo (G1 < 5 mitosis / 5 mm², pT1, R0). Otra alternativa descrita en estos casos de tumores de mini-GIST podría ser el seguimiento endoscópico sin aplicar tratamiento.

CP-008. SÍNDROME DE BOUVERET

Moya Jaime L, Mata Perdígón FJ, Bocanegra Viniegra M, Otero Lopez Cubero S

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

Introducción

El síndrome de Bouveret constituye una forma infrecuente de íleo biliar, originado por la impactación de un cálculo vesicular a nivel duodenal o pilórico a través de una fístula colecisto-enteral. Suele presentarse en pacientes de edad avanzada, con comorbilidades relevantes, lo que condiciona el enfoque diagnóstico y terapéutico. Su presentación clínica es inespecífica y el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, siendo fundamental la combinación de endoscopia digestiva y técnicas de imagen como la tomografía computarizada.

Caso clínico

Mujer de 69 años con antecedentes de carcinoma mucinoso de mama intervenido y adyuvancia posterior, libre de enfermedad desde 2018 y colelitiasis asintomática conocida. Consulta por vómitos incoercibles, epigastralgia, hiporexia marcada y pérdida ponderal de 15 kg de dos meses de evolución.

En las pruebas complementaria se objetivó leucocitosis sin otros datos relevantes. Se realizó endoscopia oral con hallazgos de gastritis crónica y la presencia de un cálculo de gran tamaño impactado en la segunda porción duodenal, sugestivo de litiasis biliar migrada y en bulbo se objetivó un orificio, sugestivo de fístula bilio-intestinal. Se amplió estudio con TC abdominal que confirmó la existencia de una fístula colecisto-duodenal y un cálculo de 45 × 32 mm condicionando dilatación gástrica, compatible con síndrome de Bouveret.

Durante el ingreso se realizaron dos intentos de litotricia endoscópica con láser, sin poder extraerlo dado el gran tamaño que presenta, logrando fragmentación parcial y migración hacia yeyuno. En TC de control evidenció el paso de los fragmentos distalmente. Se administró gastrografin con control radiológico posterior que confirmó el paso de contraste hacia colon, permitiendo reanudar tolerancia oral de la paciente. Finalmente,

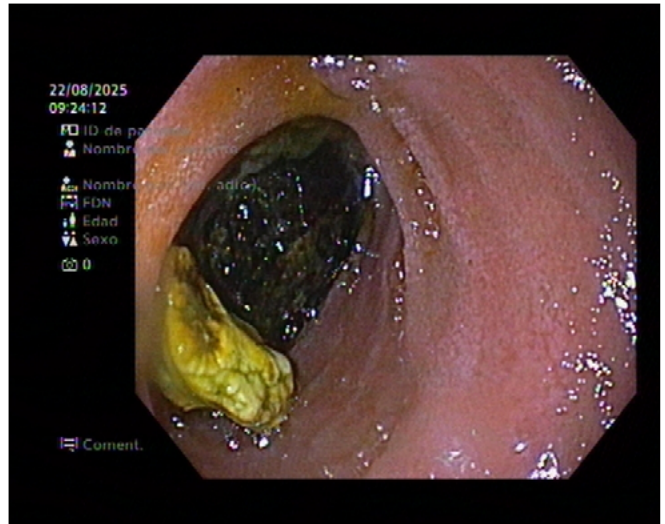


Figura 1. Imagen endoscópica que muestra una litiasis biliar de gran tamaño impactada en la segunda porción duodenal, ocupando prácticamente la totalidad de la luz intestinal.

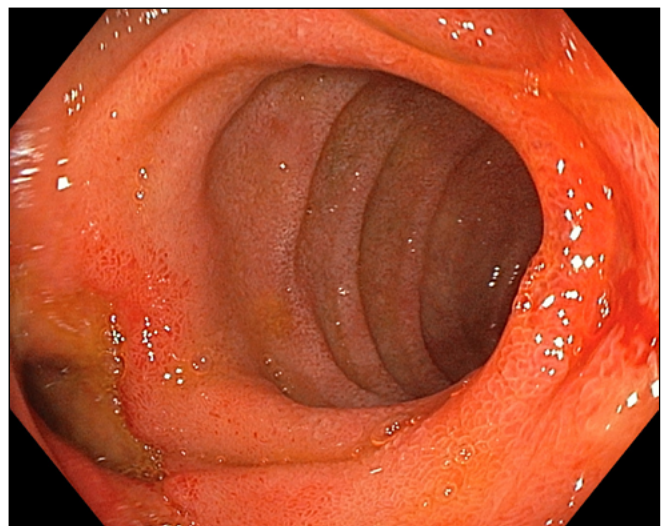


Figura 2. Imagen endoscópica donde visualizamos en región inferior de la misma, orificio sugestivo de fístula colecistoduodenal.

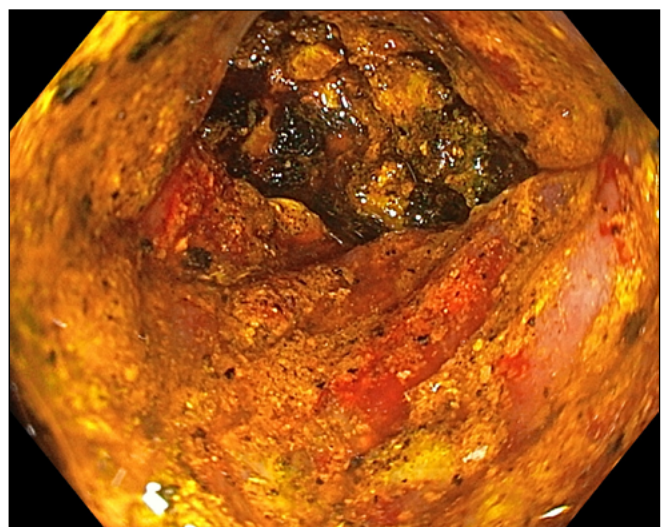


Figura 3. Imagen endoscópica donde se visualiza cálculo fragmentado tras varias sesiones de litotricia con láser y migración del mismo hacia tercera porción duodenal.

la paciente fue dada de alta con colecistectomía en segundo tiempo.

Discusión

El síndrome de Bouveret, aunque infrecuente, debe considerarse en pacientes mayores con antecedentes de coledoclitiasis que presentan cuadro sugestivo de obstrucción gástrica. El TC con contraste es la técnica de elección al evidenciar simultáneamente la fístula, la litiasis y el grado de obstrucción.

El tratamiento óptimo no está consensuado, clásicamente, la cirugía mediante extracción del cálculo, colecistectomía y reparación del trayecto fistuloso, no obstante, en casos seleccionados, ante pacientes con estabilidad clínica, el manejo endoscópico con fragmentación y migración espontánea puede ser válido, evitando la morbilidad asociada a la cirugía urgente. La colecistectomía electiva posterior es recomendable para prevenir recurrencias o complicaciones asociadas.

Este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinar y la individualización terapéutica, patología de baja prevalencia, pero de gran relevancia clínica en pacientes frágiles.

CP-009. TUMOR NEUROENDOCRINO ILEAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ANEMIA FERROPÉNICA.

Cámara Baena S¹, Angulo Domínguez G², Galán Villamor L³, Catalán Ramírez JM¹

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

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias derivadas de células enterocromafines. El íleon es el sitio más común de aparición de TNE en intestino delgado y representan aproximadamente el 30-40% de todos los TNE gastrointestinales (solo por detrás de la localización rectal). Se suelen localizar en íleon terminal, cerca de la válvula ileocecal. Se caracterizan por ser tumores de crecimiento lento, pero tienden a metastatizar a ganglios linfáticos regionales y al hígado, incluso cuando son pequeños. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con linfadenectomía regional siempre que sea posible, incluso en presencia de metástasis.

Caso clínico

Varón de 41 años asintomático que se realiza colonoscopia por anemia ferropénica y sangre oculta en heces positiva. Al alcanzar fondo de saco cecal se aprecia una lesión excrecente, indurada y algo ulcerada en su superficie, que parece depender del íleon terminal (Figuras 1 y 2). Se toman biopsias y la histología es compatible con tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1), mostrando expresión de cromogranina A y sinaptofisina en la

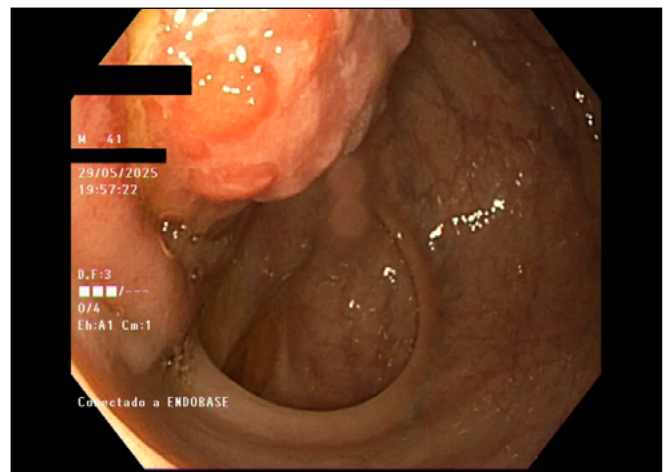


Figura 1. Imagen endoscópica de la lesión, que parece protruir a través de la válvula ileocecal, apreciando al fondo de la imagen el orificio apendicular.



Figura 2. Imagen endoscópica donde se aprecia una lesión excrecente, irregular, ulcerada en su superficie y con una pérdida completa del patrón vascular y glandular.

inmunohistoquímica (Figura 3). Se realiza estudio de extensión, donde no se aprecian adenopatías locorreregionales patológicas ni metástasis a distancia (Figura 4). Finalmente se somete a hemicolectomía derecha con linfadenectomía.

Discusión

En nuestro caso, el paciente estaba completamente asintomático, mientras que en otras ocasiones el desarrollo de un síndrome carcinoide por la secreción de serotonina y otras aminas vasoactivas puede acelerar el diagnóstico; este síndrome se caracteriza por rubor cutáneo, diarrea, broncoespasmo, valvulopatía cardíaca derecha, etc... Dado que es una localización frecuente de tumores neuroendocrinos gastrointestinales, con poca expresión clínica y con alto potencial metastásico, es importante un diagnóstico precoz para optar a un tratamiento con potencial curativo. Dado que en nuestro caso el paciente no presentaba metástasis (aunque sí afectación ganglionar en pieza quirúrgica), no precisa de tratamiento adyuvante, que se realizaría con análogos de somatostatina.

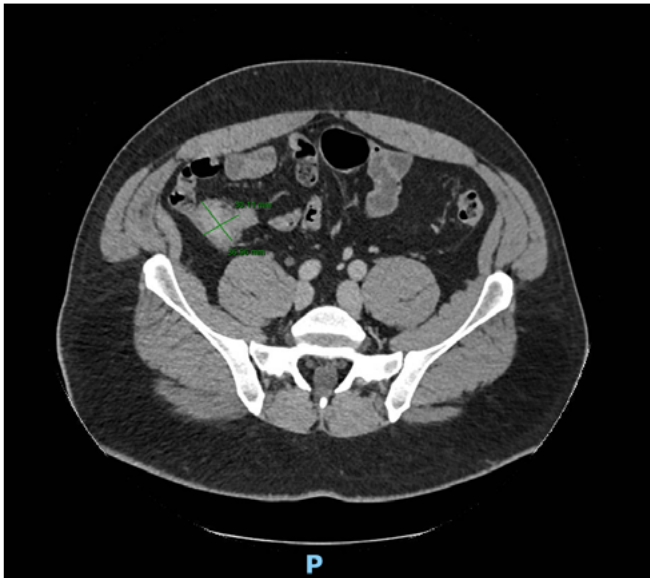


Figura 3. Tomografía computarizada (TAC) de abdomen donde se aprecia la lesión ileal de 30x30mm aproximadamente, sin que se aprecien adenopatías de aspecto patológico ni metástasis a distancia.

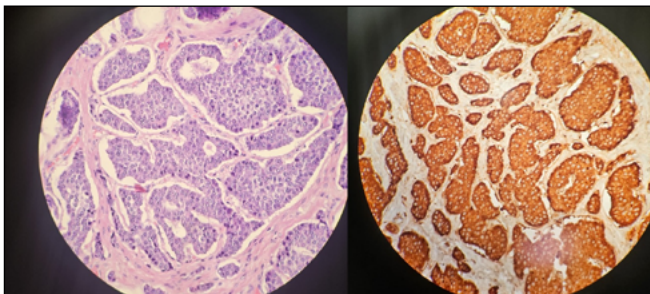


Figura 4. Cortes histológicos: a la derecha tinción hematoxilina-eosina y a la izquierda inmunohistoquímica. Se observan nidos de células redondas con empalizada periférica, con un perfil inmunohistoquímico positivo para cromogranina y sinaptofisina.

CP-010. MANEJO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MEDIANTE DRENAJE TRANSPAPILAR

Alía Verdejo T¹, Bernal Torres Á², Guerrero Palma E², Viejo Almanzor A², Rodríguez Ramos C²

¹SERVICIO ANÁLISIS CLÍNICO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas pancreáticas más frecuentes y se definen como colecciones líquidas no infectadas con pared noepitelizada constituida por tejido de granulación, generalmente de más de 4 semanas de evolución, que se presentan como complicación de una pancreatitis aguda, crónica o traumática.

El manejo de los pseudoquistes es conservador, exceptuando aquellos casos complicados o sintomáticos, en los que el abordaje inicial de elección debe ser endoscópico.

Caso clínico

Paciente varón de 73 años en seguimiento por pancreatitis crónica calcificante sin historia de reagudizaciones. En TAC abdominal de control se objetiva lesión quística de 10x8 cm en cabeza de páncreas sugestiva de pseudoquiste asociada a trayecto fistuloso hacia colon transverso (**Figura 1**) que condicionaba sintomatología de epigastralgia y discomfort postprandial.

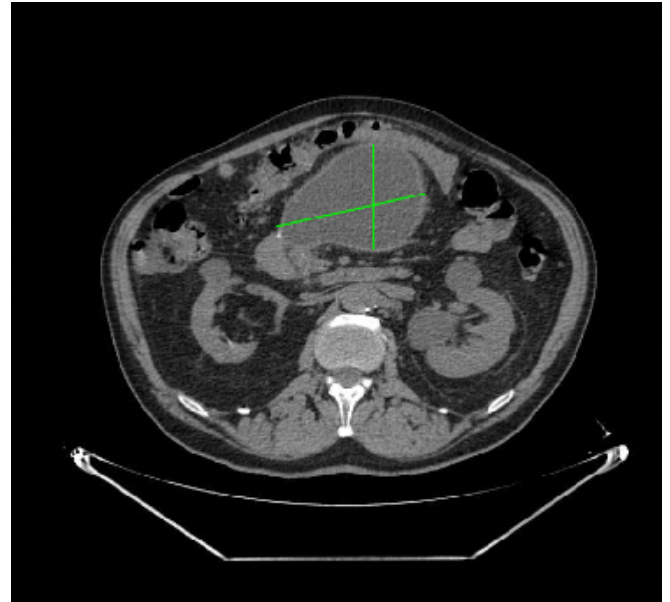


Figura 1. Imagen endoscópica de la lesión, que parece protruir a través de la válvula ileocecal, apreciando al fondo de la imagen el orificio apendicular.

Se realiza ecoendoscopia y se realiza punción diagnóstica con estudio bioquímico confirmatorio para pseudoquiste (Amilasa 38500). Se valora en el mismo acto drenaje de la colección mediante prótesis de aposición luminal no siendo posible por interposición de vasos, por lo que se decide drenaje transpapilar mediante prótesis plástica pancreática.

El paciente presenta buena evolución tras el drenaje, confirmándose disminución progresiva del tamaño de la misma en TACs abdominales de control, aunque persistiendo trayecto fistuloso a colon transverso.

Ocho meses después del drenaje, el paciente requiere ingreso hospitalario por cuadro de sepsis de origen biliar. Se realiza TAC abdominal y colangio-RMN evidenciándose aparición de absceso en cola pancreática de 40x62cm (**Figura 2**) así como persistencia de colección en cabeza pancreática con trayecto fistuloso a colon transverso (**Figura 3**) apreciándose nuevo trayecto fistuloso a duodeno (**Figura 4**).

Durante el ingreso se pauta antibioterapia empírica y se realiza recambio de prótesis pancreática. Además, se realiza colonoscopia en la que no se logra localizar orificio externo de trayecto fistuloso pancreato-cólico por lo que no se puede realizar cierre del mismo. El paciente presenta buena evolución clínica pudiendo ser dado de alta.

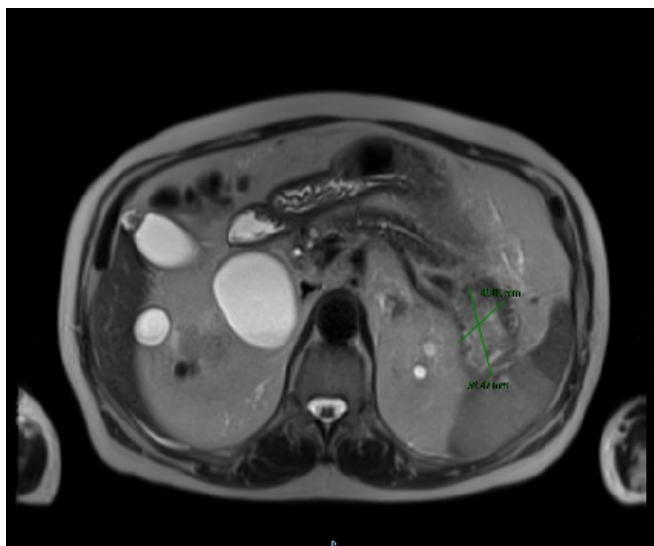


Figura 2. Absceso en cola de páncreas visualizado en Colangio-RMN.

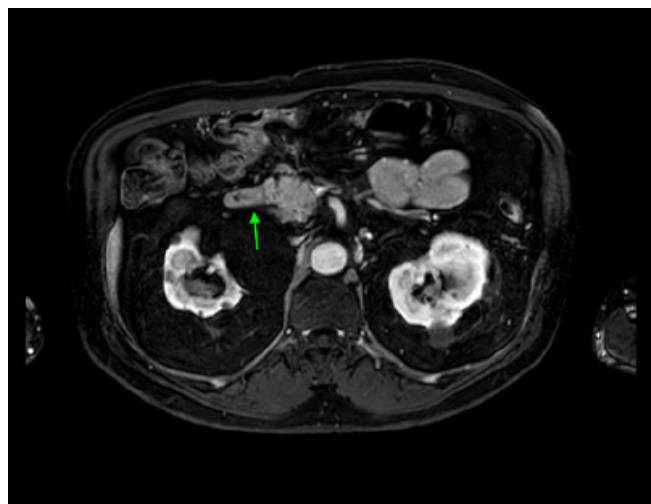


Figura 4. Trayecto fistuloso desde cabeza de páncreas hacia duodeno visualizado en ColangioRMN.



Figura 3. Trayecto fistuloso desde cabeza de páncreas hacia colon transversal visualizado en ColangioRMN.



Figura 5. Corte coronal de TAC abdominal en el que se identifica prótesis pancreática. Desaparición de pseudoquiste en cabeza de páncreas.

Durante el seguimiento ambulatorio el paciente se mantiene asintomático objetivándose reducción del tamaño de pseudoquiste (**Figura 5**) decidiéndose retirada de prótesis pancreática 17 meses después del ingreso.

Discusión

El drenaje transpapilar de los pseudoquistes pancreáticos es una opción terapéutica especialmente indicada cuando existe comunicación del pseudoquiste con el conducto pancreático principal. La tasa de éxito del drenaje transpapilar oscila entre el 90% y el 95% y una tasa de complicaciones aproximadamente del 12%, entre las que se encuentran el sangrado, la perforación intestinal, la migración y la recurrencia.

CP-011. NUEVO ENFOQUE ENDOSCÓPICO EN LESIONES SUBEPITELIALES: DIAGNÓSTICO PRECISO Y RESECCIÓN SEGURA MEDIANTE LIGADURA CON BANDAS Y BIOPSIA ASISTIDA CON CUCHILLO.

Villegas Pelegrina P, Sánchez Tripiana M, Hallouch Toutouh S, Pleguezuelos Ventura Á, Rodríguez Mateu A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Las lesiones subepiteliales (LSE) son un hallazgo relativamente frecuente en endoscopia digestiva y plantean un reto diagnóstico, ya que las biopsias convencionales suelen ser poco rentables.

En este contexto, técnicas endoscópicas combinadas pueden facilitar tanto el diagnóstico histológico como la resolución terapéutica.

Caso clínico

Mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, en estudio por dispepsia de meses de evolución, sin alteraciones analíticas.

La gastroscopia identificó en antro gástrico una lesión subepitelial de unos 10 mm. Las biopsias convencionales fueron no diagnósticas.

La ecoendoscopia (USE) mostró una lesión redondeada, hipoecoica, de 10x10 mm, dependiente de la submucosa, con preservación de la muscular propia y sin señal doppler.

Ante la imposibilidad diagnóstica con técnicas habituales y dado el pequeño tamaño de la lesión, se optó por una estrategia endoscópica combinada en la endoscopia digestiva alta, siguiendo estos pasos:

1. Ligadura con bandas sin resección, utilizando un dispositivo banding.
2. SINK I: incisión de la mucosa con bisturí (unroofing) para exponer la capa submucosa.
3. SINK II: biopsia del tejido subepitelial mediante pinzas convencionales.

El procedimiento fue seguro y permitió obtener material histológico adecuado. El estudio anatomopatológico confirmó un pólipo fibroide inflamatorio. La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones.

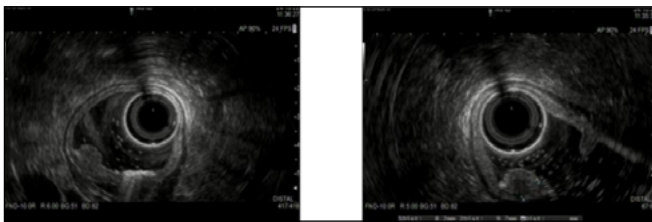


Figura 1. Ecoendoscopia. Lesión redondeada, hipoecoica, sin Doppler en su interior, de 10x10 mm, que parece depender de la submucosa. Capa muscular indemne por debajo de la lesión.

Discusión

El abordaje de las LSE depende de su tamaño, localización y características en USE. Esta técnica es fundamental para conocer el origen mural de la lesión, pero no siempre permite un diagnóstico definitivo, dado que las biopsias estándar y la punción ecoguiada tienen limitaciones en rentabilidad y seguridad.

La resección endoscópica completa es una opción en lesiones pequeñas, pero requiere mayor experiencia técnica y conlleva cierto riesgo de complicaciones. La estrategia combinada descrita —banding más técnica SINK— constituye una alternativa sencilla,

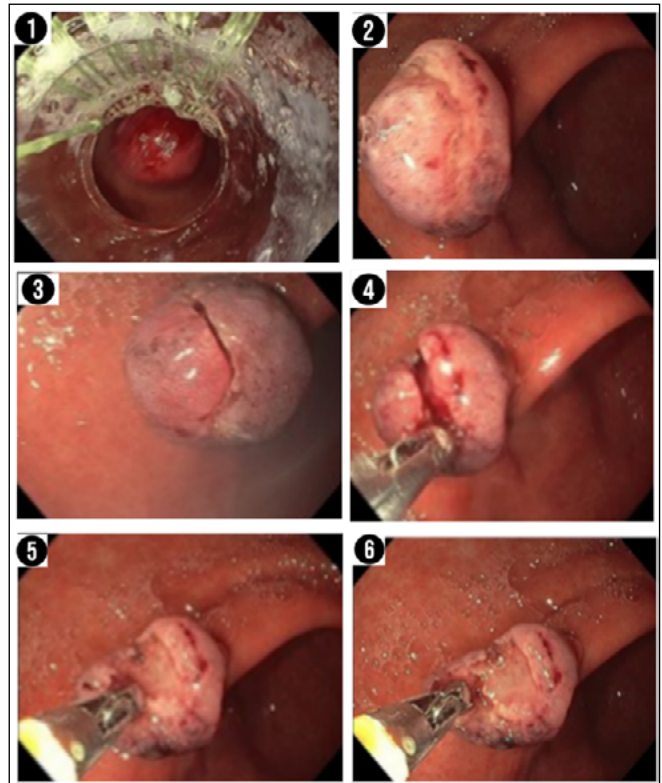


Figura 2. Endoscopia Digestiva Alta. 1) Ligadura con bandas sin resección, utilizando un dispositivo banding. 2 y 3) SINK I: incisión de mucosa con bisturí, para exponer la capa submucosa (unroofing). 4, 5 y 6) SINK II: biopsia de tejido subepitelial con pinzas convencionales.

segura y reproducible, disponible en la mayoría de las unidades de endoscopia sin necesidad de equipamiento especializado.

En nuestro caso, permitió un diagnóstico histológico definitivo y resección funcional de la lesión, evitando técnicas más invasivas. Además, la buena evolución clínica y ausencia de complicaciones refuerzan el valor de difundir este abordaje en la práctica asistencial.

Este caso ilustra cómo la combinación de métodos innovadores y accesibles puede optimizar el rendimiento diagnóstico y terapéutico en el manejo de las LSE gástricas, mejorando tanto la seguridad como los resultados clínicos.

CP-012. MANEJO ENDOSCÓPICO DE UNA COMPLICACIÓN SECUNDARIA A LA EXTRACCIÓN DE UN PÓLIPO GÁSTRICO GRANDE

Lopez Muñoz M, Valdés Delgado T, García Márquez N, Muñoz García-Borrueal M, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Aunque en la literatura actual no existe un tamaño definido que contraindique la extracción de lesiones por vía oral, aquellas mayores de 4cm presentan mayor complejidad técnica así como riesgo de complicaciones.

Caso clínico

Mujer de 85 años se realizó una gastroscopia, apreciándose en cuerpo gástrico un gran pólipo pediculado (Paris 0-Ip) de 55mm, congestivo, no ulcerado pero con áreas con pérdida del patrón de criptas (NICE2, JNET2B). Se resecó en bloque con asa de diatermia previa lazada en su base con un endo-loop (Figura 1) con posterior colocación de 3 hemoclips en escara (Figura 2).

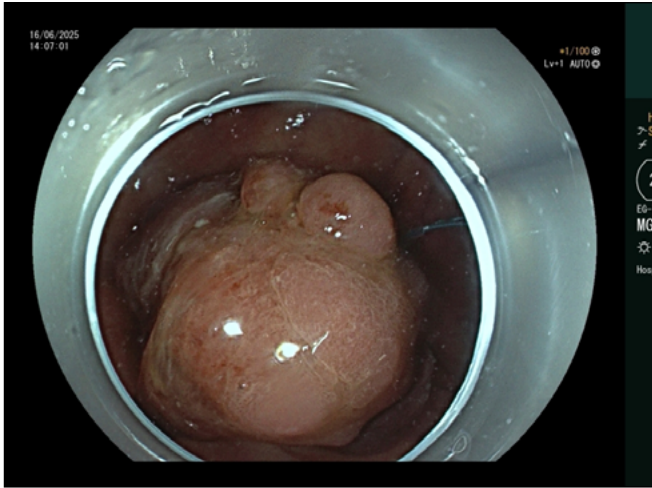


Figura 1. Pólipo pediculado (Paris 0-Ip) de 55mm con endoloop en su base.

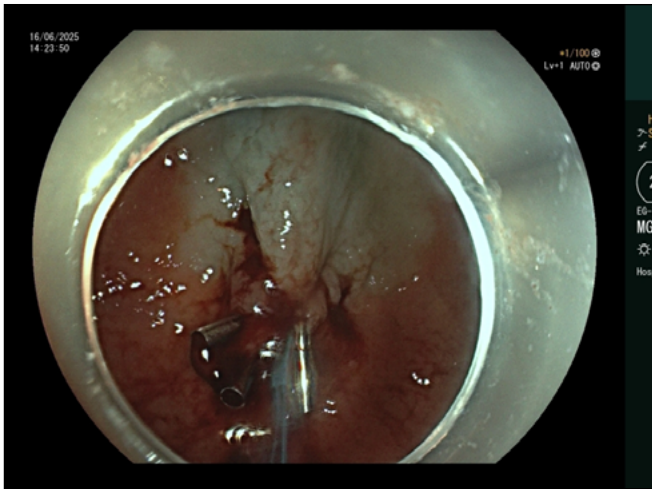


Figura 2. Escara post-polipectomía con 3 hemoclips.

La lesión se intentó rescatar con cesta de Roth, pinzas de pelícano y campana protectora, sin éxito por su gran tamaño. En el intento de extracción con la campana protectora se produjo una resistencia a nivel cardial recuperando únicamente parte de la lesión. Ante la posibilidad de complicación, se reintrodujo el gastroscopio objetivándose un gran desgarro esofágico desde los 18-39cm de la arcada dentaria (Figura 3). Dada la alta sospecha de perforación esofágica se colocó inmediatamente de forma radioguiada y bajo intubación orotraqueal, una prótesis esofágica metálica totalmente recubierta de 18x120mm (Figura 4).

Se llevó a cabo TAC de tórax con contraste oral e intravenoso que comprobó la normoposición de la endoprótesis esofágica,

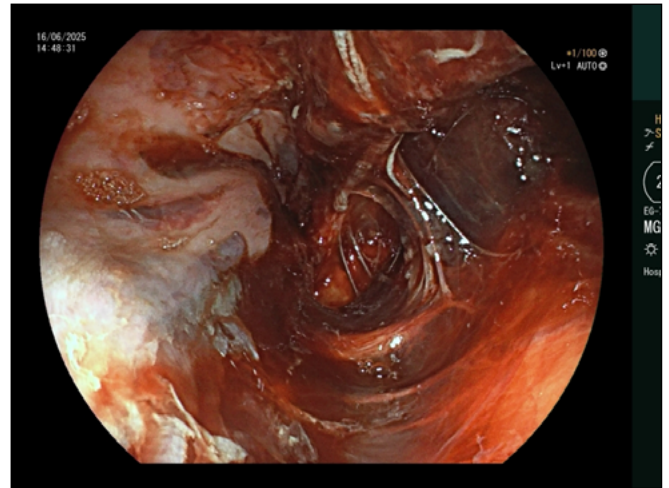


Figura 3. Desgarro esofágico.

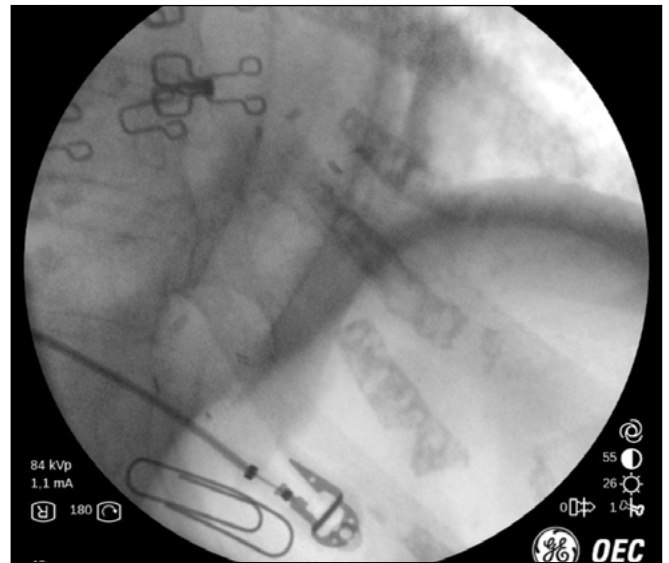


Figura 4. Prótesis esofágica metálica totalmente recubierta de 18x120mm.

así como la ausencia de fuga de contraste oral extraluminal (Figura 5).



Figura 5. TC tórax con contraste intravenoso y oral. Endoprótesis esofágica normoposicionada.

La evolución fue favorable y tras comprobar la resolución del neumomediastino comenzó con nutrición enteral oral. A las 3 semanas de ingreso se retiró la prótesis objetivando una completa cicatrización de la mucosa esofágica (Figura 6).

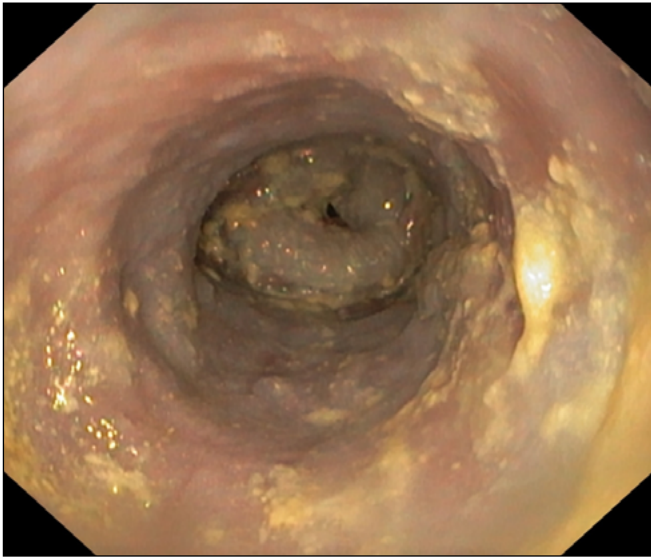


Figura 6. Mucosa esofágica de aspecto cicatricial tras retirada de prótesis esofágica.

Discusión

Las lesiones mayores de 4cm son de difícil extracción por vía oral y conllevan un alto riesgo de complicaciones como desgarro o perforación esofágica. En este tipo de escenarios clínicos, la alternativa terapéutica más adecuada es la colocación de prótesis esofágicas, con un éxito clínico del 80-90% en perforaciones benignas y resultados más favorables si se colocan en menos de 24h.

CP-013. SUTURA QUIRÚRGICA URGENTE DE VARIZ SUBCARDIAL COMO TERAPIA DE RESCATE EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA REFRACTARIA: PAPEL DEL TIPS EN EL CONTROL DEFINITIVO.

Alonso Belmonte C, Parra López B, Diego Martínez R, Al Mahairi Martín M, Jiménez Pérez M, Bravo Aranda Am

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) por varices es una complicación grave de la hipertensión portal, con elevada mortalidad y riesgo de recurrencia. Las varices esofágicas son la causa más frecuente. Su manejo está bien establecido mediante profilaxis y terapéutica farmacológica y endoscópica. Por el contrario, las varices gástricas son menos prevalentes, pero su sangrado suele ser más grave, con mayor riesgo de recidiva y mortalidad. El tratamiento inicial incluye técnicas endoscópicas como la inyección de cianoacrilato o la aplicación de agentes

esclerosantes. En casos refractarios pueden requerirse terapias de rescate como la embolización venosa o la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). Sin embargo, la necesidad de abordaje quirúrgico urgente es excepcional.

Caso clínico

Varón de 46 años, VIH en tratamiento antirretroviral, hábito enólico activo, antecedentes de episodios previos de HDA. Ingresó por nueva hematemesis masiva. La endoscopia urgente mostró cuatro cordones varicosos esofágicos y a nivel gástrico varices subcardiales una de ellas con sangrado en jet. Se intentaron múltiples terapias endoscópicas (cianoacrilato, etoxiesclerol y bandas), sin éxito tras más de 120 minutos de procedimiento.

Ante refractariedad de la terapéutica se contactó con radiología vascular localizada pero dada la inestabilidad hemodinámica del paciente finalmente de acuerdo con cirugía general se realizó laparotomía urgente, identificando la variz sangrante y realizándose sutura hemostática. El postoperatorio se complicó con sangrado de herida quirúrgica y sobreinfección requiriendo antibioterapia y curas locales.

Posteriormente se practicó TIPS, que permitió derivar el flujo portal, aunque persistía circulación hacia las varices gástricas. Por ello, fue necesario completar el procedimiento con la embolización de los troncos principales, incluida la variz tratada quirúrgicamente. Tras esta combinación, se logró control efectivo de la hipertensión portal y abolición del flujo en las varices. Evolucionó favorablemente en UCI, con mejoría progresiva de función hepática, control de ascitis y sin recurrencia hemorrágica ni encefalopatía, siendo dado de alta en buen estado general.

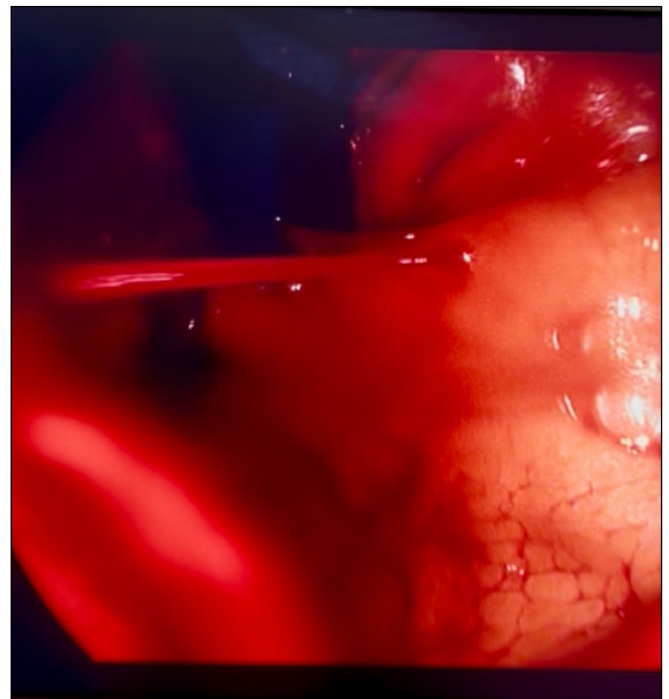


Figura 1. Imagen endoscópica de variz gástrica subcardial con sangrado en jet activo.

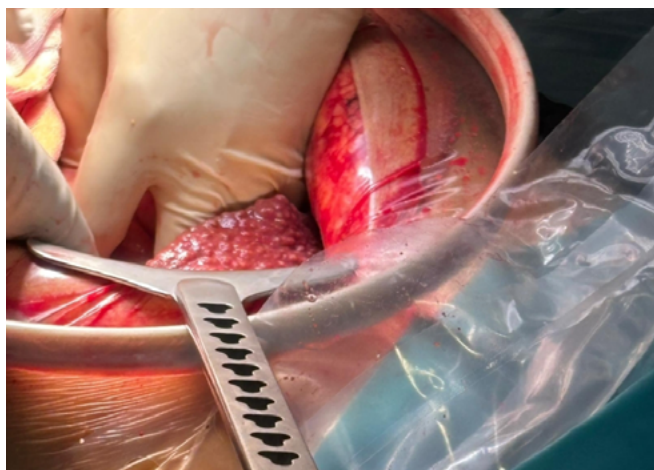


Figura 2. Imagen intraoperatoria donde se aprecia hígado cirrótico micronodular durante laparotomía urgente.

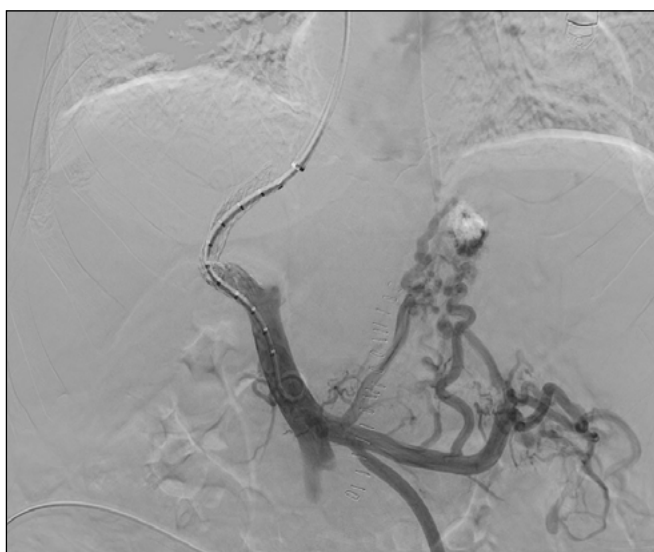


Figura 3. Imagen tras colocación de TIPS desde vena suprahepática media a porta derecha. Se evidencia flujo preferente por varices gástricas a fundus, cardias y unión esofagogástrica.

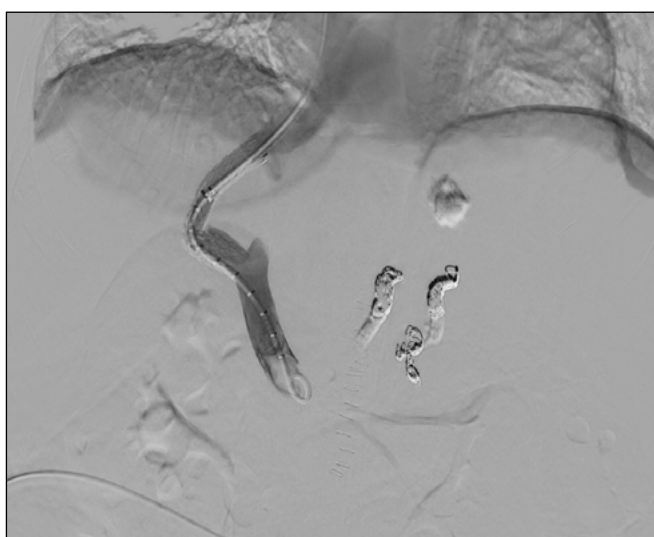


Figura 4. Se aprecia TIPS, material de embolización (coils) de tres troncos de las varices correspondientes y material de embolización endoscópico. Se observa que tras la embolización hay flujo preferente por el TIPS y abolición del flujo en las varices.



Figura 5. Imagen de ecografía abdominal que muestra TIPS permeable.

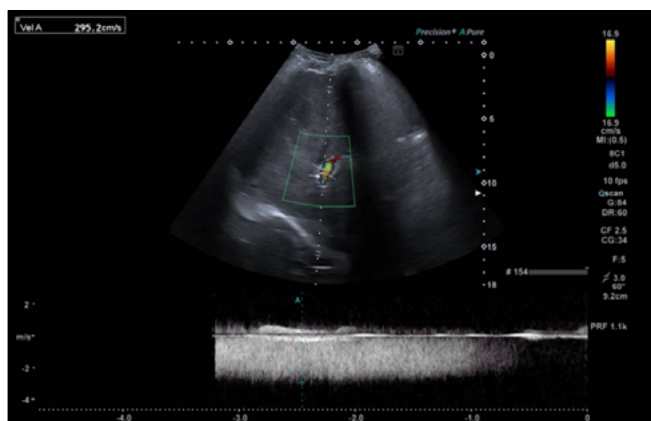


Figura 6. Imagen de ecografía Doppler que muestra TIPS permeable con flujo adecuado de 295 cm/s.

Discusión

La HDA por varices gástricas es una complicación grave. A diferencia de las esofágicas, cuyo manejo está estandarizado, las varices gástricas carecen de un abordaje uniforme, siendo la inyección de cianoacrilato la técnica endoscópica más utilizada.

El fracaso endoscópico puede requerir medidas, como la sutura quirúrgica en este caso, excepcionales en la literatura actual. Además como medida definitiva el TIPS aislado resultó insuficiente en nuestro paciente, precisando embolización venosa complementaria. Se ilustra así la importancia del manejo multidisciplinar (endoscopia, cirugía, radiología intervencionista y cuidados intensivos) para optimizar el pronóstico en pacientes con hemorragia variceal refractaria.

CP-014. ENTRE LA EFICACIA Y LA COMPLEJIDAD: EL DILEMA ENTRE LA DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA Y LA RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS GÁSTRICOS.

Orti Cuerva M, Gómez Casado M, Iglesias Flores EM, Jurado García J

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNE-G) constituyen un subgrupo infrecuente de neoplasias (<3% de neoplasias gástricas) originadas en células neuroendocrinas del estómago, mayoritariamente de tipo enterocromafín-like. Su comportamiento biológico es heterogéneo, con un espectro que oscila desde lesiones bien diferenciadas, de bajo índice proliferativo y curso indolente, hasta formas agresivas con elevado potencial metastásico. La clasificación actual integra el contexto clínico, el grado histológico (índice Ki-67 y recuento mitótico), el tamaño tumoral y la profundidad de invasión.

Caso clínico

Mujer de 72 años con antecedente de carcinoma epidermoide vulvar bien diferenciado. En una TC de seguimiento se identificó un nódulo hiperdenso de 14 mm, dependiente de la pared anterior del cuerpo gástrico. La gastroscopia evidenció una lesión polipoide sésil, ulcerada en la cúspide, cuya biopsia confirmó un TNE-G bien diferenciado (G1) asociada a gastritis atrófica (tipo I). El octreoscan descartó enfermedad metastásica a distancia y mostró sobreexpresión focal de receptores de somatostatina en cuerpo gástrico y la ultrasonografía endoscópica reveló una lesión hipocogénica de 14 mm confinada a la mucosa y submucosa superficial, sin infiltración completa ni afectación de la muscular propia. En este contexto, se indicó resección mediante disección submucosa endoscópica (DSE), que transcurrió sin complicaciones. La pieza resecada, de 30 x 30 mm, mostró márgenes libres y correspondió a un TNE G1 bien diferenciado, positivo para AE1/AE3, cromogranina, sinaptofisina y CD56, con Ki-67 <2%. En el control endoscópico posterior no se identificaron signos de recidiva que, además se confirmaron la biopsia de la cicatriz.



Figura 1. TC con contraste IV de abdomen: Imagen nodular, hiperdensa, de 14 mm, dependiente de la pared anterior del cuerpo gástrico.

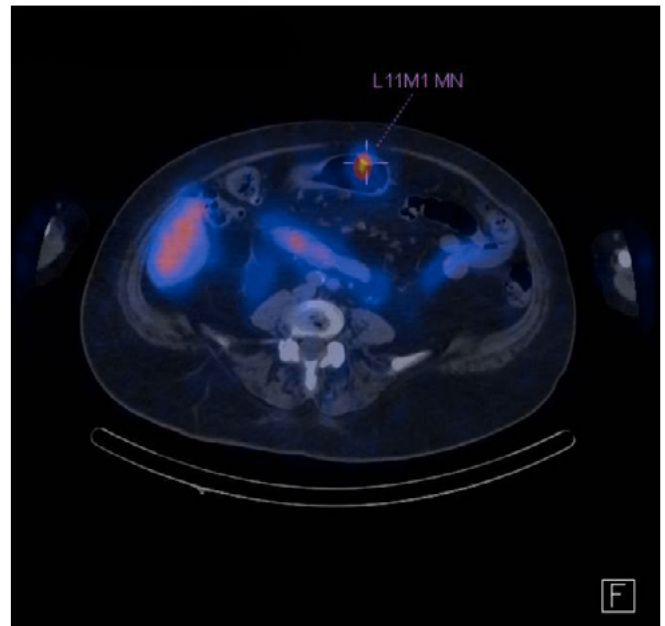


Figura 2. SPECT-TC de receptores de somatostatina: Foco con elevada sobre-expresión de receptores de somatostatina (Krenning Score de 3) en cuerpo gástrico/región pilórica altamente sugestiva de tumoración neuroendocrina.

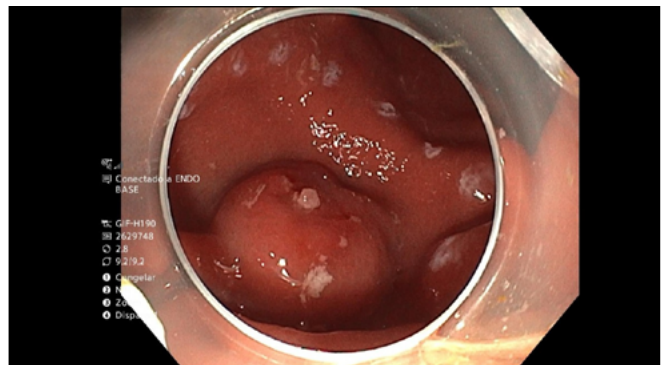


Figura 3. Gastroscopia: lesión polipoide sésil, ulcerada en la cúspide, cuya biopsia confirmó un TNE-G bien diferenciado (G1) asociada a gastritis atrófica (tipo I).

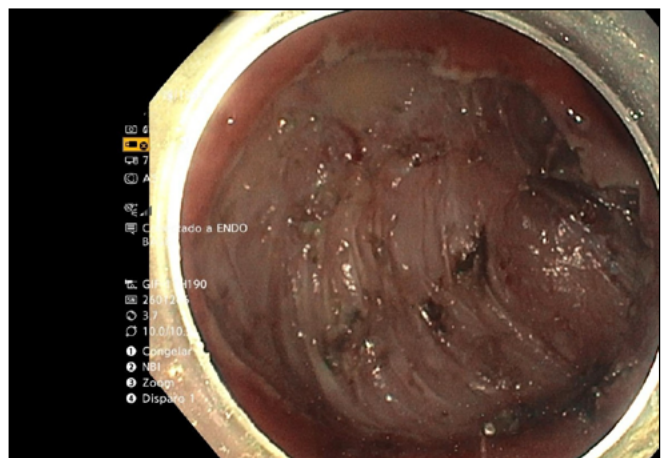


Figura 4. Gastroscopia: escara tras disección submucosa endoscópica de tumor neuroendocrino gástrico G1 (T1N0).

Discusión

Los TNE-G G1 confinados a mucosa o submucosa son lesiones de bajo índice proliferativo (Ki-67 20 mm o de alto grado requieren cirugía, el manejo óptimo de lesiones intermedias (10-20 mm) permanece controvertido. Tanto la RME como la DSE son técnicas factibles y efectivas, aunque la DSE proporciona mayores tasas de resección en bloque y márgenes laterales y verticales libres, a costa de un mayor riesgo de sangrado y perforación. En el caso presentado, la elección de la DSE permitió una resección completa y curativa, lo que refuerza su papel como estrategia preferente en lesiones gástricas G1 de tamaño intermedio, siempre que exista experiencia endoscópica especializada.

250084 CP-015. INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR: UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN DISFAGIA POSTONCOLÓGICA.

Ruiz Bataller C¹, Guillén Corujo A², Rodríguez T¹, Díaz Borrego P², Boyero Moreno P¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²SERVICIO REHABILITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La disfagia es un trastorno de la deglución que puede afectar a las fases oral, faríngea o esofágica. Es muy prevalente en cánceres de cabeza y cuello, siendo el tipo más frecuente el orofaríngeo. Puede aparecer como síntoma primario, con una prevalencia estimada del 89%, o como secuela de los tratamientos, en un 30%-50% de los casos. Su correcto manejo es fundamental para prevenir complicaciones que aumenten la morbimortalidad.

Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedente de carcinoma escamoso de orofaringe, tratado con exéresis tumoral amplia, vaciamiento cervical bilateral y traqueotomía profiláctica. Posteriormente, recibió radioterapia y quimioterapia por recidiva locorregional en el conducto auditivo externo derecho. La paciente evolucionó con disfagia orofaríngea severa secundaria a secuelas anatómicas y funcionales, que limitaron la vía oral y requirieron soporte nutricional exclusivo por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Ante la persistencia del trastorno deglutorio y los hallazgos en la videofluoroscopia (**figura 1**: falta de relajación del esfínter esofágico superior (EES) y aspiración traqueal), se optó por tratamiento endoscópico funcional. En diciembre de 2024, se realizó infiltración de toxina botulínica en el EES guiada por ecografía (**Figura 2 y 3**). Posteriormente, se observó mejoría en el aclaramiento faríngeo y reducción del residuo postdeglución, lo que permitió progresión dietética a consistencias pudding. En marzo de 2025, una segunda infiltración mostró una respuesta clínica más evidente: ausencia de aspiración, reducción del residuo y presencia de penetración superficial. Los resultados fueron confirmados mediante videofluoroscopia dinámica (**Figura 4**) y fibroscopia deglutoria postprocedimiento

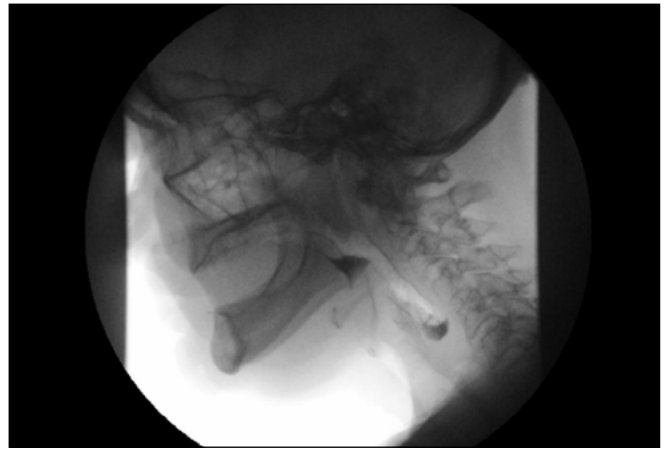


Figura 1. Imagen de videofluoroscopia que muestra falta de relajación del esfínter esofágico superior (EES) y aspiración traqueal.

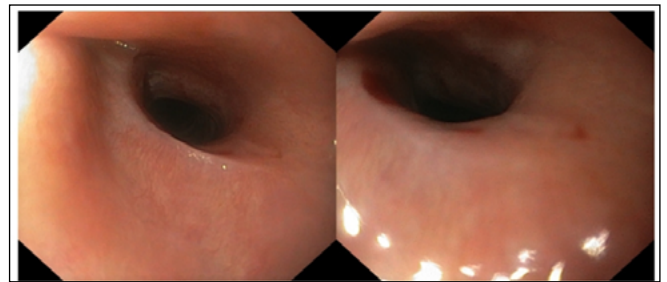


Figura 1. Imagen endoscópica del esfínter esofágico superior con estenosis de aspecto fibroso, concéntrica, en probable contexto de cambios postquirúrgicos y postradioterapia por antecedente de carcinoma orofaríngeo.

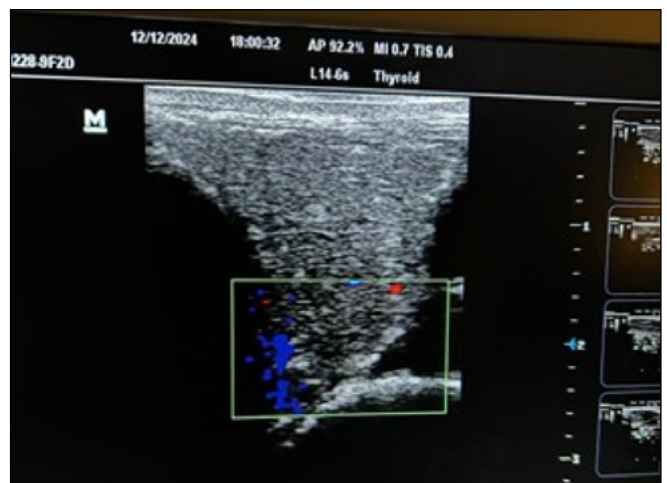


Figura 1. Ecografía cervical localizando el músculo cricofaríngeo como punto diana para la inyección ecoguiada de toxina botulínica en el tratamiento de la disfunción del esfínter esofágico superior.

(**Video 1**). En la actualidad, la paciente conserva la vía oral y tolera dieta triturada.

Discusión

El tratamiento endoscópico con toxina botulínica en el EES, guiado por ecografía, ha demostrado ser eficaz y seguro en disfagia orofaríngea postoncológica con disfunción del EES.



Figura 4. Imagen de videofluoroscopia tras infiltración de toxina botulínica que muestra ausencia de aspiración, reducción del residuo y presencia de penetración superficial.



La intervención mejoró de forma significativa la seguridad y eficacia de la deglución, evitando complicaciones respiratorias y mejorando la calidad de vida del paciente. Este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinar y el papel del Digestivo intervencionista en el tratamiento funcional de las secuelas postoncológicas de cabeza y cuello.

CP-016. SHOCK HEMORRAGICO SECUNDARIO A LESION ENTERICA: UN RETO DIAGNOSTICO.

Sánchez Sánchez MI, León Valenciano L, Diego Martínez R

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) es aquella que persiste o recurre sin identificar su origen tras realización de procedimientos endoscópicos e incluso una exploración radiológica del intestino delgado. Se manifiesta como melenas, hematoquecia o rectorragia y hasta el 75% de los casos se origina en el intestino delgado.

Caso clínico

Varón de 32 años en seguimiento por HDOO con repercusión analítica y necesidad de hospitalización en tres ocasiones.

Estudiado con gastroscopia e ileocolonoscopy sin hallazgos patológicos en tres ocasiones, videocápsula endoscópica sin lesiones potencialmente sangrantes, TC, angioTC abdominal y resonancia magnética intestinal sin alteraciones.

Se solicita una gammagrafía con hematíes marcados con 99Tc resultando negativo para mucosa gástrica ectópica y una nueva videocápsula donde se observa posible flebectasia en íleon proximal; completándose estudio con enteroscopia retrógrada de doble balón. Máximo alcanzado 180 cm desde íleon terminal (se deja tatuaje A), visualizando en retirada lesión deprimida con vaso visible con sangrado activo. Se realiza terapéutica y se tatúa zona próxima a dicha lesión (tatuaje B).

Un año después, es admitido en urgencias por shock hipovolémico secundario a rectorragia. Se realiza TC y angiografía abdominal urgente que descarta sangrado activo así como gastroscopia e ileocolonoscopy urgente sin poder identificar el origen del sangrado. Tras estabilización hemodinámica se procede a enteroscopia intraoperatoria a través de enterotomía con la colaboración de Cirugía General.

Se accede por laparotomía apreciándose en visión directa lesión excrescente en borde antimesentérico en las proximidades de área B tatuada previamente (**Figura 1**). Realizan enterotomía en proximidad (**Figura 2**) y se revisa intestino delgado hacia ángulo de Treitz, sobrepasando área tatuada A sin observar lesiones. Se revisa en sentido distal desde enterotomía visualizando un coágulo en la base del divertículo que se consigue desprender tras lavados identificando sangrado en jet. Se procede a resección ileal de 6 cm incluyendo segmento patológico y posterior anastomosis. La anatomía patológica de la pieza revela un divertículo de Meckel (**Figura 3**) con hamartoma neuromuscular y vascular en fondo diverticular (**Figura 4**).

Desde la intervención el paciente está asintomático.

Discusión

El diagnóstico de la HDOO suele ser tardío y las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas. Dentro de las causas de HDOO, el hamartoma neuromuscular es una neoplasia benigna rara cuya forma de presentación más frecuente se basa en cuadros suboclusivos, aunque hay descritos algunos casos de hemorragia digestiva. En nuestro caso, concretar la causa de la hemorragia es difícil pues la lesión hamartomatosa coexiste con un divertículo de Meckel.



Figura 1. Lesión excrecente en borde antimesentérico delimitada por dos zonas tatuadas.

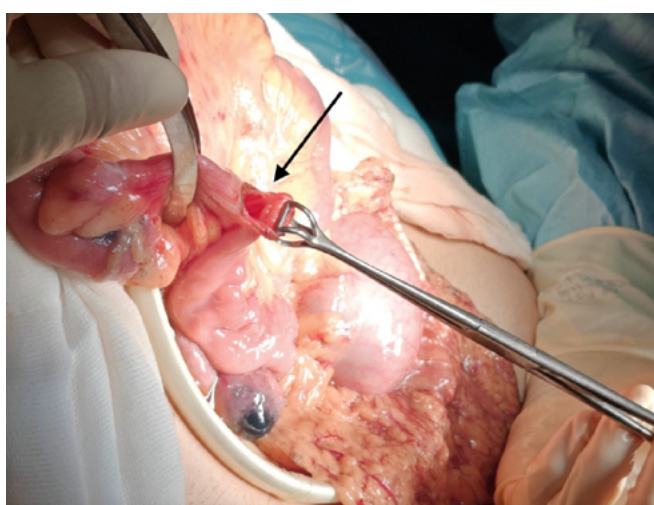


Figura 2. Enterotomía próxima a lesión entérica.



Figura 3. Pieza macroscópica donde se aprecia enterotomía e imagen diverticular en borde antimesentérico.

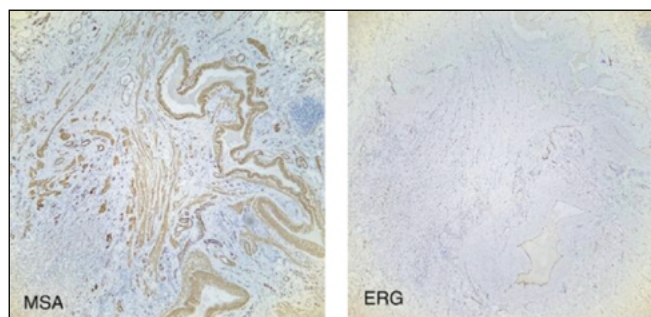


Figura 4. Técnicas de inmunohistoquímica MSA y ERG en las que se observa positividad para componente endotelial y vascular así como proliferación muscular irregular.

CP-017. RECAÍDA DIGESTIVA MULTIFOCAL DE LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS COMO CLAVE DIAGNÓSTICA.

Saralegui Gabilondo L, Fisac Vazquez J, Valencia Alcántara N

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

El linfoma de células del manto (LCM) es un subtipo infrecuente de linfoma no Hodgkin B, que puede presentar afectación gastrointestinal, a menudo multifocal y con síntomas inespecíficos. La recaída digestiva puede manifestarse con hallazgos clínicos sutiles, por lo que es fundamental una evaluación endoscópica completa ante signos indirectos como anemia o test de sangre oculta positivo. La identificación de lesiones, muchas veces planas o submucosas, requiere una exploración cuidadosa y toma dirigida de biopsias para un diagnóstico preciso.

Caso clínico

Varón de 62 años diagnosticado de LCM con afectación inicial del tracto digestivo superior. Fue tratado con quimioterapia combinada con rituximab y esquemas tipo R-CHOP, logrando remisión completa según PET-TC. Inició posteriormente tratamiento de mantenimiento con rituximab. En seguimiento, presentó dolor abdominal en epigastrio y hemiabdomen izquierdo, anemia progresiva, heces más oscuras y test de sangre oculta positivo, sin melenas ni otros síntomas. Un nuevo PET-TC evidenció progresión metabólica con captación patológica en estómago y colon. La gastroscopia mostró un conglomerado submucoso en fundus y subcardias, y lesiones sobrelevadas tipo 0-Is y 0-IIa en cuerpo y antro, con patrón glandular elongado, sugestivas de infiltración linfomatosa. La colonoscopia reveló una lesión submucosa extensa en ciego que distorsionaba el fondo cecal e impedía la intubación ileal, además de dos lesiones planas tipo 0-IIa en recto distal, de 10 y 30 mm, con patrón glandular elongado y congestión vascular. La anatomía patológica confirmó infiltración por LCM en estómago, ciego y recto. El inmunofenotipo fue positivo para CD20, CD79a y CD5, con expresión de ciclina D1 y un índice Ki67 del 50 %. Ante la

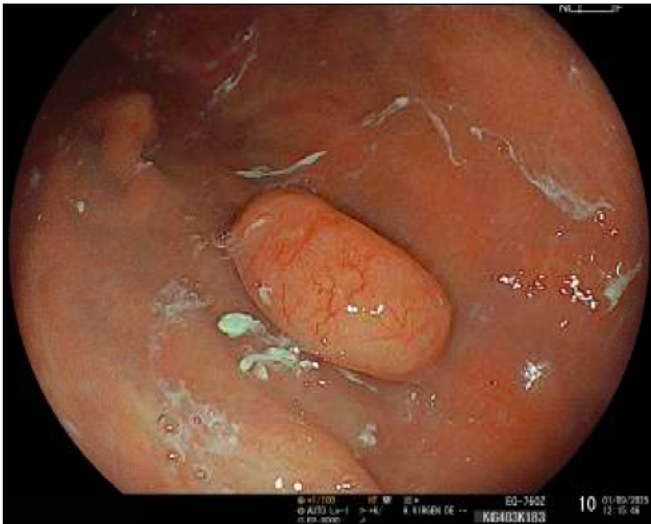


Figura 1. Gastroscofia.

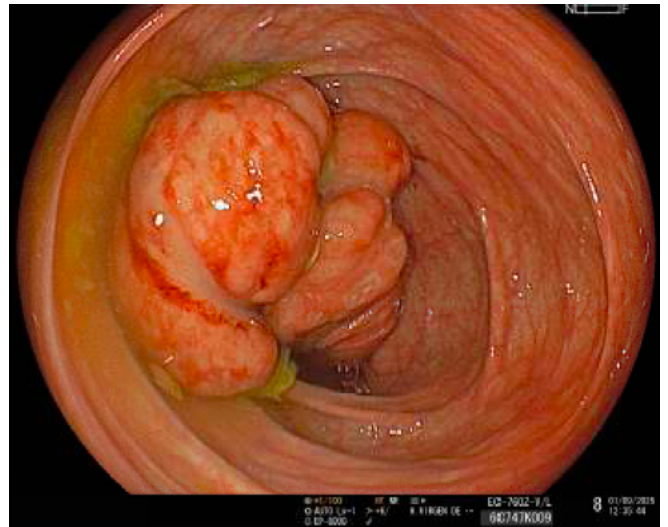


Figura 4. Colonoscopia.

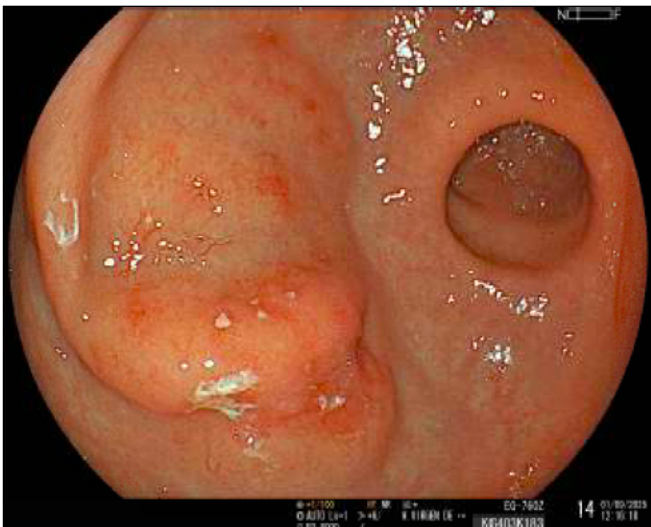


Figura 2. Gastroscofia.

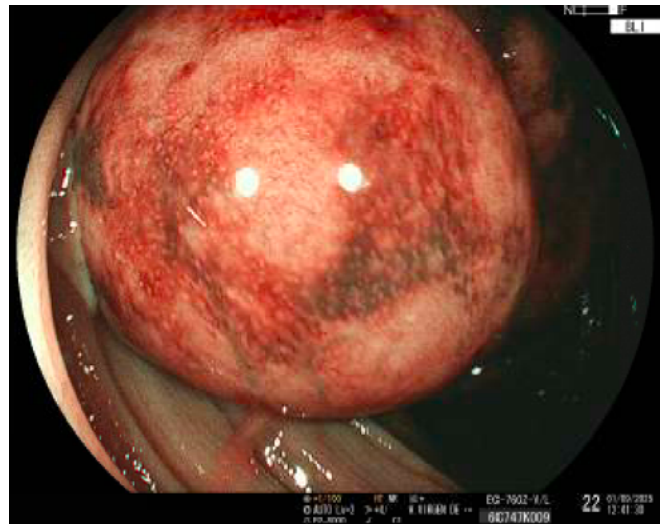


Figura 5. Colonoscopia.

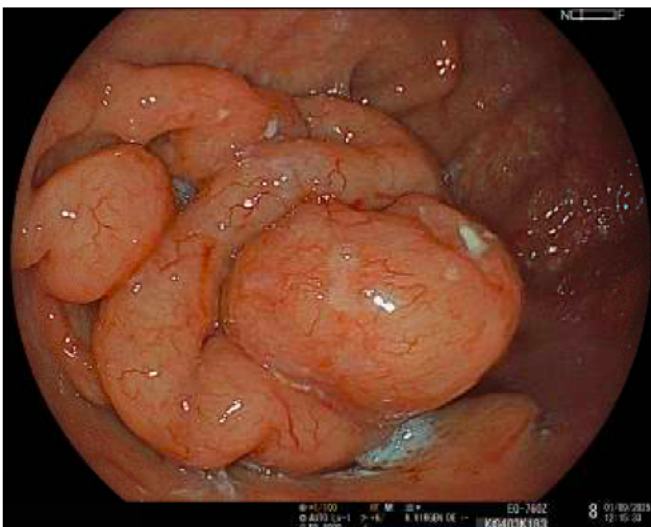


Figura 3. Gastroscofia.

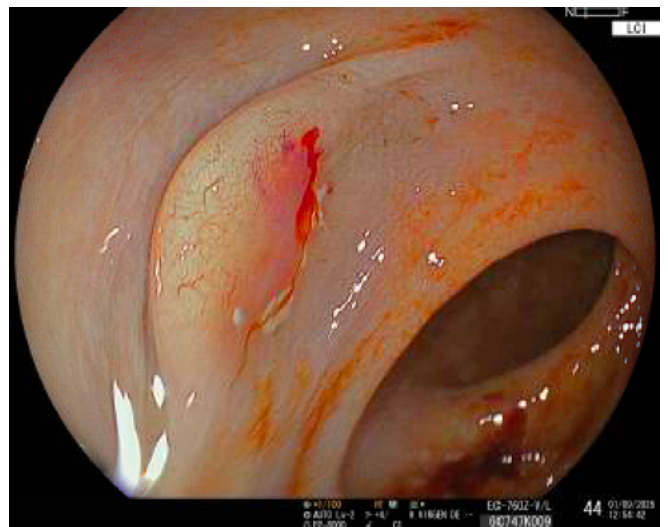


Figura 6. Colonoscopia.

recaída digestiva multifocal, se inició tratamiento con ibrutinib (520 mg/día), sin descartarse terapia con células CAR-T.

Discusión

La afectación digestiva en el LCM puede cursar con clínica leve o ausente. En este caso, la sospecha se basó en anemia y sangre oculta positiva. La endoscopia permitió identificar lesiones sutiles que fueron confirmadas histológicamente. Su detección precoz facilitó un abordaje terapéutico oportuno, coordinado con hematología, destacando el valor diagnóstico de la exploración endoscópica en recaídas gastrointestinales del LCM.

CP-018. UN PÓLIPO RECTAL ATÍPICO

Angulo Domínguez G¹, Rodríguez Gil Y², López-Cerón Pinilla M³

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID. ³UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

Introducción

La heterotopia gástrica (HG) consiste en la presencia de mucosa gástrica madura en una localización no fisiológica, coexistiendo con el tejido original. Puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo y pancreatobiliar, aunque lo más frecuente es que se encuentre en tracto digestivo superior, siendo la localización rectal muy infrecuente. La mayoría de los pacientes están asintomáticos y es un hallazgo casual en endoscopias realizadas por otro motivo. El examen histológico es el gold-standard para el diagnóstico. Aunque se considera una entidad benigna, se han publicado casos de adenomas de glándulas pilóricas y adenocarcinoma gástrico asentando sobre áreas de HG.

Caso clínico

Varón de 81 años sin antecedentes de interés que se realiza una colonoscopia por rectorragia, donde se resecan tres lesiones subcentimétricas: dos pólipos sésiles en colon ascendente y una lesión plana en recto (Figura 1). La anatomía patológica de la lesión rectal es compatible con heterotopia gástrica de tipo fúndico (Figuras 2 y 3), con cambios de gastritis superficial y sin que se aprecien bacilos de tipo *Helicobacter pylori* con técnica de Giemsa (Figura 4).

Discusión

El manejo de estas lesiones es complejo por la ausencia de información debido a su escasez. La apariencia endoscópica es atípica, por lo que creemos que este caso ayudará a familiarizarse con el diagnóstico. Puesto que presentan un riesgo incierto de malignidad, el tratamiento indicado, si es factible, es la resección. No existe evidencia actual para recomendar el seguimiento endoscópico posterior a su resección.

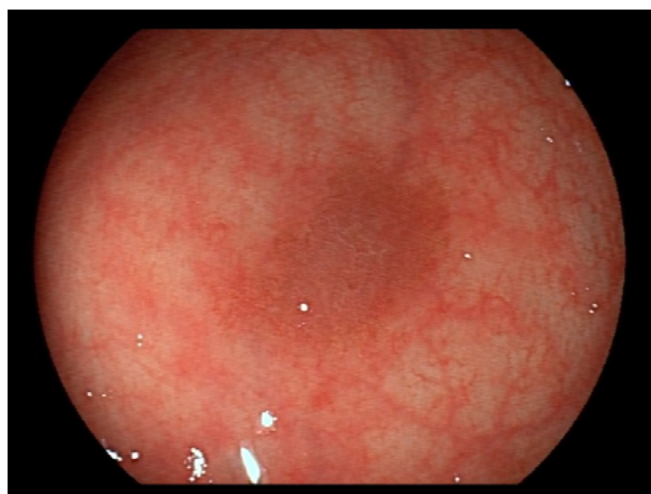


Figura 1. Lesión plana a nivel rectal, reseca con asa fría durante colonoscopia solicitada por rectorragia, con histología compatible con heterotopia gástrica.

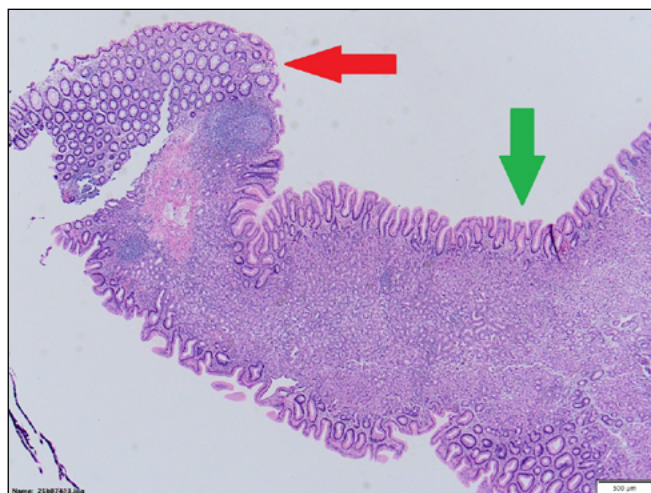


Figura 2. Continuidad de la mucosa rectal (flecha roja) con la mucosa gástrica (flecha verde).

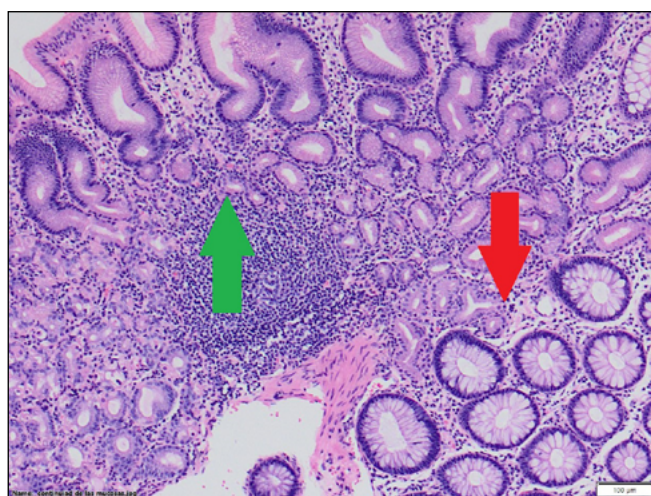


Figura 3. Continuidad de las mucosas con más aumento: rectal señalada con flecha roja y gástrica con flecha verde.

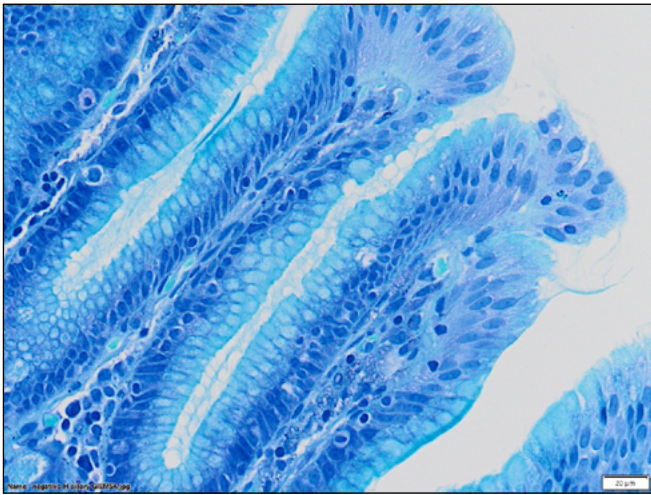


Figura 4. Mucosa gástrica con tinción Giemsa, donde no se aprecian bacilos tipo *Helicobacter Pylori*.

CP-019. SÍNDROME DE BOERHAAVE. UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Moya Jaime L, Mata Perdígón FJ, Bocanegra Viniegra M, Otero Lopez Cubero S

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

Introducción

El síndrome de Boerhaave es una entidad grave causada por la rotura espontánea del esófago tras un aumento brusco de la presión intraluminal asociado a vómitos intensos. Su presentación clínica es variable, desde dolor torácico y distrés respiratorio hasta hematemesis o sepsis, lo que puede retrasar el diagnóstico. El manejo precoz es crucial para reducir la morbimortalidad, siendo la endoscopia con técnicas de cierre mínimamente invasivas una alternativa a la cirugía en casos seleccionados.

Caso clínico

Varón de 68 años, a destacar hipertensión entre sus antecedentes. Acudió a urgencias por cuadro de vómitos biliosos de 24 horas de evolución, seguidos de episodio de hematemesis tras esfuerzo emético intenso. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de sepsis.

La endoscopia urgente reveló, a nivel de la unión gastroesofágica, una erosión fibrinada y, en la cara contralateral, un desgarro mucoso profundo de aproximadamente 15 mm, con pérdida de solución de continuidad sugestiva de perforación. Se intentó cierre inicial con endoclips convencionales sin éxito. Posteriormente se procedió a la colocación de un sistema Ovesco, (Over-the-scope clip, OTSC) logrando englobar toda la lesión y comprobando el correcto sellado de la misma, permitiendo el paso del endoscopio a cámara gástrica.



Figura 1. Corte coronal de TC tórax con contraste. Se observa defecto a nivel de la unión gastroesofágica compatible con perforación esofágica, con clip Ovesco (OTSC) in situ. No se evidencian colecciones ni derrame pleural significativo, hallazgos concordantes con perforación esofágica contenida.

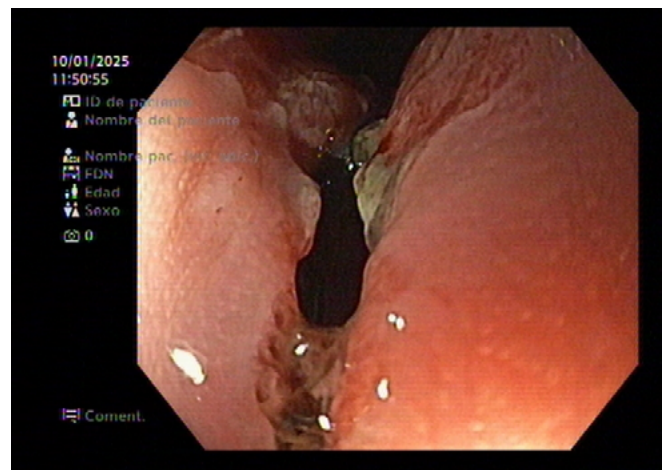


Figura 2. Endoscopia digestiva alta que muestra un desgarro mucoso profundo de aproximadamente 15 mm en la unión gastroesofágica.

Una tomografía computarizada torácica con contraste confirmó la lesión y descartó complicaciones mediastínicas. Durante su evolución, el paciente permaneció estable, con buena tolerancia progresiva a la dieta, refiriendo únicamente odinofagia leve relacionada con el procedimiento.

Discusión

El síndrome de Boerhaave constituye una urgencia digestiva cuyo pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. Aunque la cirugía urgente continúa siendo el tratamiento de referencia, se asocia a elevada morbimortalidad por lo que en pacientes con lesiones contenidas y en ausencia de sepsis, el tratamiento endoscópico se plantea como una alternativa válida.

Los sistemas Ovesco permiten el cierre de perforaciones gastrointestinales, mediante clips de mayor fuerza de compresión y capacidad de abarcar mayor volumen tisular en comparación con los endoclips convencionales. Diversas series y casos clínicos han mostrado altas tasas de éxito en perforaciones esofágicas recientes, reduciendo la necesidad de cirugía y mejorando el pronóstico.

En nuestro caso, la utilización del sistema Ovesco permitió un manejo mínimamente invasivo, seguro y eficaz, con resolución del cuadro y evolución clínica favorable. Este abordaje resalta la importancia de la endoscopia terapéutica en la práctica clínica actual, ofreciendo nuevas opciones en el manejo de patologías tradicionalmente quirúrgicas.

CP-020. PERFORACIÓN COLÓNICA TRAS RESECCIÓN UNDERWATER RESUELTA ENDOSCÓPICAMENTE.

Muñoz Domínguez S, Mata Perdigón FJ, Osorio Marruecos M, Otero López-Cubero S

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

Introducción

La resección endoscópica por inmersión en agua o técnica underwater se ha consolidado como una alternativa eficaz frente a la mucosectomía convencional en situaciones donde esta resulta limitada. La técnica consiste en llenar la luz colónica con agua y resecar la lesión mediante asa, en uno o varios fragmentos, sin necesidad de inyección submucosa. Estudios multicéntricos han demostrado su seguridad, alta tasa de éxito y baja incidencia de complicaciones, lo que la convierte en una opción terapéutica prometedora en lesiones colónicas desafiantes.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 62 años al que se le realizó una colonoscopia de cribado por alto riesgo observándose una lesión no polipoidea (Paris 0-Is+Iib; LST-GM) de 20 mm en ciego próxima a la fosa apendicular sin comprometerla y sin signos de infiltración (**Figuras 1 y 2**). Se decidió realizar resección underwater tras marcaje circunferencial de la lesión observándose tras la resección una perforación completa (**Figura 3**) procediéndose en el momento al cierre con cinco endoclips (**Figura 4**). El paciente quedó ingresado iniciándose antibioterapia, pero comenzando con dolor y fiebre a las 24 horas de la colonoscopia por lo que se realizó TAC de abdomen que informaba de múltiples burbujas de neumoperitoneo y algunas de neumoretroperitoneo derecho (**Figura 5**). Se realizó laparotomía exploradora sin observarse líquido libre ni signos de peritonitis y confirmándose la integridad cecal mediante prueba neumática de estanqueidad negativa, completándose la laparotomía con apendicectomía. El paciente evolucionó favorablemente con manejo antibiótico siendo dado de alta. La anatomía patológica de la lesión se informó como adenoma tubular con displasia de bajo grado.

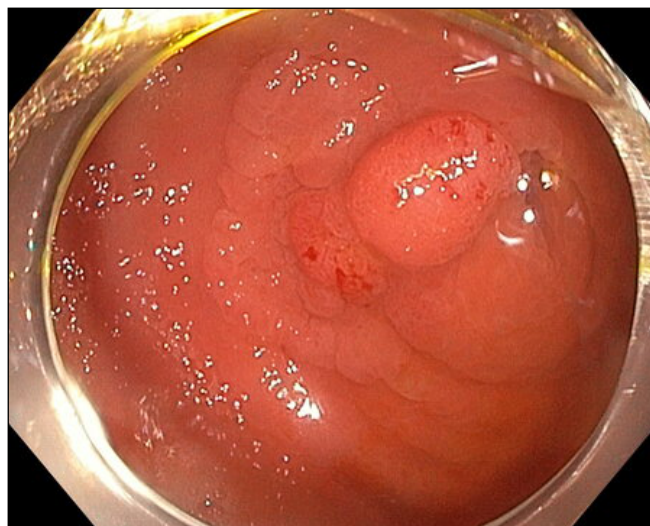


Figura 1. Lesión no polipoidea en ciego (luz blanca).

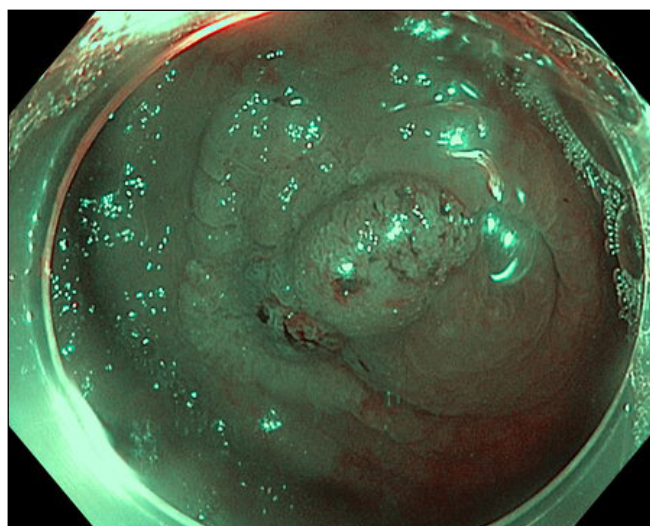


Figura 2. Lesión descrita, vista en cromoendoscopia.

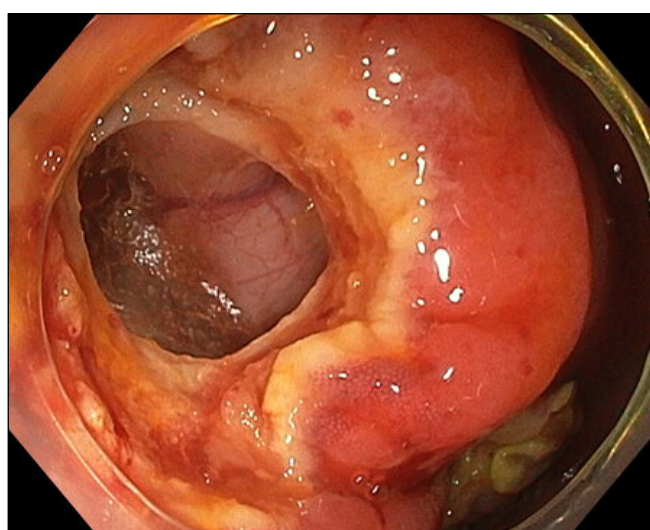


Figura 3. Perforación completa tras resección.

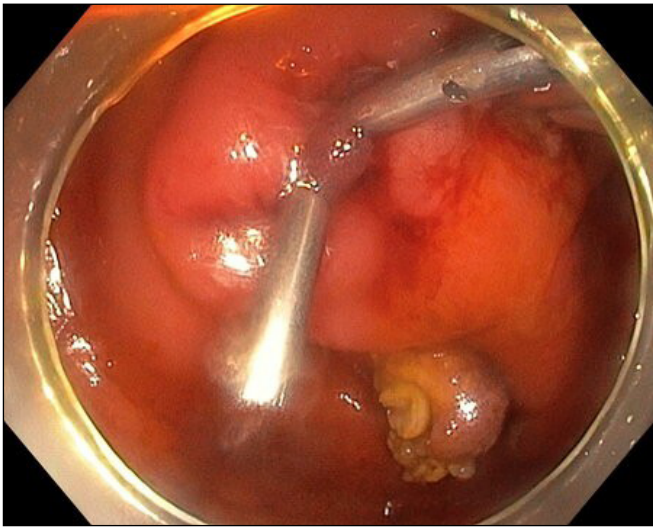


Figura 4. Cierre de la perforación con colocación de endoclips.

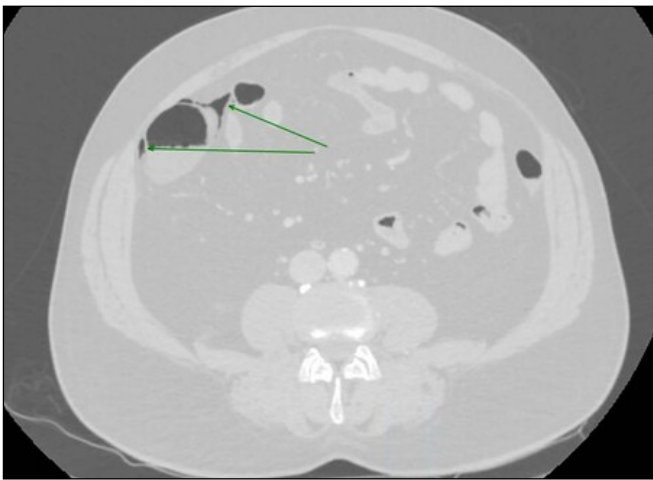


Figura 5. Signos de neumoperitoneo relacionados con la perforación.

Discusión

La mucosectomía underwater representa una herramienta eficaz en la resección de lesiones colónicas complejas como aquellas con escasa elevación tras inyección submucosa, con presencia de fibrosis o en localizaciones de difícil acceso, como la válvula ileocecal o la región apendicular. Se ha demostrado que presenta tasas menores de resección incompleta y de recurrencia frente a la resección convencional. Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre las tasas de resección en bloque, sangrado diferido, perforación o síndrome postpolipectomía. En el caso presentado se demuestra la importancia de reconocer las complicaciones inherentes a las técnicas de resección, así como la capacidad de resolución vía endoscópica de las mismas garantizando la seguridad del procedimiento.

CP-021. IMPACTACIÓN ALIMENTARIA TRAS ESOFAGOCOLOPLASTIA: DESAFÍO ENDOSCÓPICO EN EL MANEJO.

Fernández Mascuñano M, López Muñoz M, Rodríguez-Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La esofagocoloplastia es una técnica quirúrgica utilizada en pacientes con lesiones esofágicas graves, como las secundarias a ingesta cáustica. Aunque restablece la continuidad del tubo digestivo, puede generar complicaciones a largo plazo. La impactación alimentaria, aunque infrecuente, puede representar una urgencia digestiva desafiante.

Caso clínico

Varón de 48 años con antecedente de esofagocoloplastia tras ingesta accidental cáustica en la infancia con disfagia crónica. En 2024 se realizó gastroscopia con estenosis anastomótica que permitía el paso del gastroscopio (**Figura 1**). Acude a Urgencias por episodio de impactación alimentaria que localiza proximalmente. La gastroscopia evidenció bolo cárnico impactado inmediatamente tras el seno piriforme en una acodadura coincidente con la anastomosis (**Figura 2**). Ante la imposibilidad de extracción tras múltiples intentos, se administra soda carbonatada y se programó un segundo intento bajo anestesia general. Se realizó bajo fluoroscopia y tras el paso de guía y contraste que aseguraban el correcto posicionamiento para evitar complicaciones (**Figura 3**) se consiguió la fragmentación del bolo y su paso a la plastia colónica (**Figura 4**) con movimientos de rotación de catéter de colangio sobre guía, asa e intentos de captura del bolo con cesta. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta sin incidencias.



Figura 1. Estenosis de la anastomosis que permitía el paso del gastroscopio.



Figura 2. Bolo cárnico impactado inmediatamente tras sobrepasar el seno piriforme.

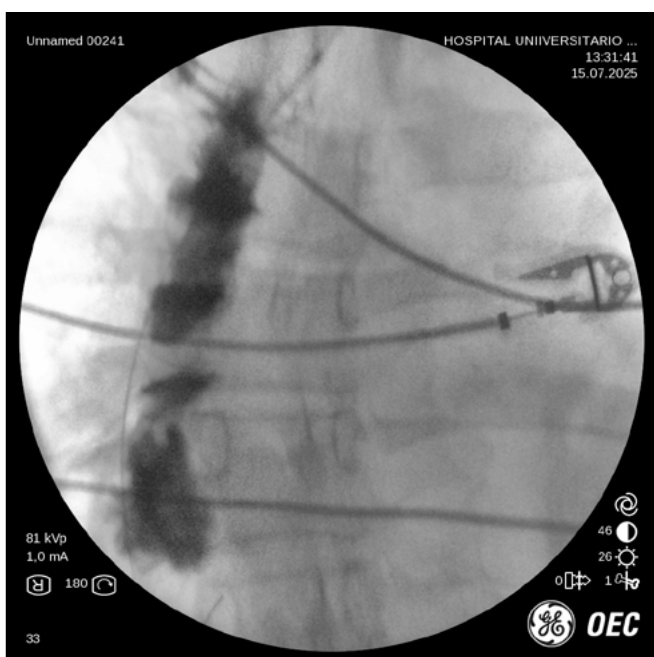


Figura 3. Imagen de fluoroscopia que muestra el paso de guía y contraste que aseguraban el correcto posicionamiento para evitar complicaciones.



Figura 4. Paso del bolo a la plastia colónica.

Discusión

Presentamos el caso de una impactación alimentaria en una zona compleja tras una esofagocoloplastia. Las alteraciones anatómicas propias de este tipo de reconstrucciones pueden dificultar el manejo endoscópico habitual. En nuestro caso el uso complementario de soda carbonatada, junto con guía, contraste y fragmentación bajo control fluoroscópico, permitió una resolución efectiva y segura.

CP-022. LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES GÁSTRICO SOBRE MALT COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y SÍNDROME RS3PE PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lobo Lucena B¹, Fernández Mascuñano M¹, Alfonso Rosa CM², Castro Márquez C¹, Rodríguez Téllez M¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Los linfomas gástricos constituyen una entidad poco frecuente dentro de la patología digestiva, representando menos del 5 % de los tumores gástricos. Su diagnóstico suele ser un reto clínico, ya que la sintomatología es inespecífica y la presentación endoscópica puede simular otras lesiones neoplásicas o inflamatorias. La correcta interpretación de las biopsias y la integración de los hallazgos clínicos, radiológicos e inmunohistoquímicos resultan esenciales para alcanzar un diagnóstico certero y plantear el tratamiento más adecuado.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 79 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió al servicio de Urgencias por cuadro de melenas y hematemesis de 48 horas de evolución. A la exploración inicial se objetivó anemia sintomática, que motivó la realización de una gastroscopia urgente. El estudio endoscópico mostró una lesión ulcerada de aspecto neoplásico en la región antipilórica que producía reducción del calibre pilórico (**Figura 1**), procediéndose a la toma de biopsias.

El estudio de extensión inicial descartó enfermedad a distancia. Sin embargo, las primeras biopsias resultaron no concluyentes, lo que obligó a realizar una segunda gastroscopia con nuevas muestras, que finalmente confirmaron el diagnóstico de linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) desarrollado sobre linfoma MALT (CD45+, CD20+) con detección de infección por *Helicobacter pylori* (**Figuras 2 y 3**).

Durante la hospitalización, el paciente presentó además un cuadro de poliartritis simétrica seronegativa e incapacitante, acompañado de edemas en extremidades (**Figura 4**). Fue valorado conjuntamente por Reumatología, estableciéndose el diagnóstico de síndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema), considerado una



Figura 1. Lesión ulcerada de aspecto neoplásico en la región antroplórica.

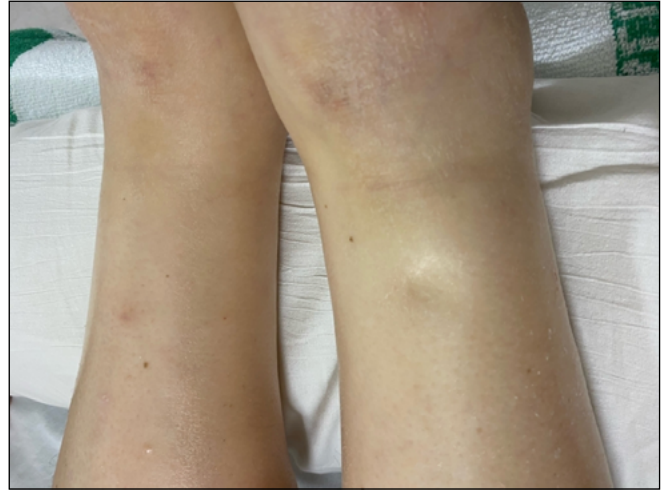


Figura 4. Edema de MMII.

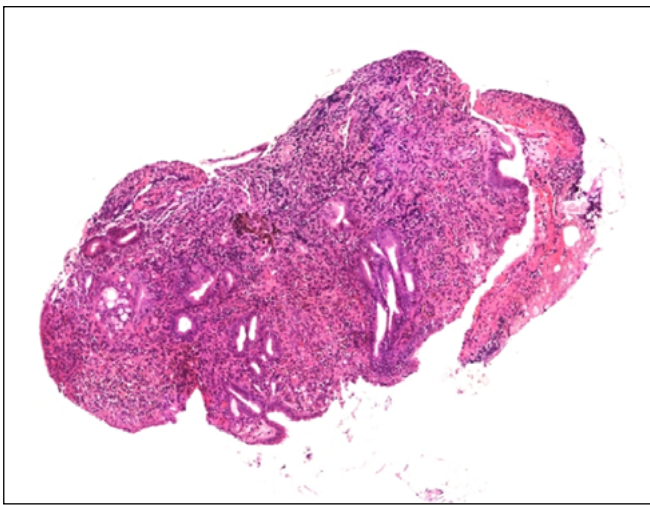


Figura 2. Biopsias compatibles con linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) desarrollado sobre MALT (CD45 +, CD20 +).

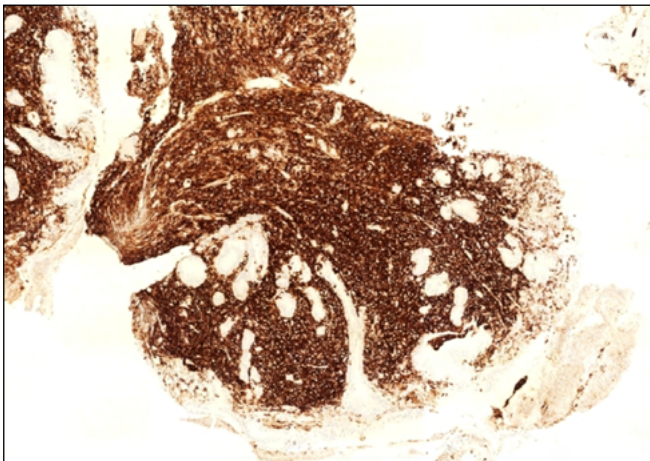


Figura 3. Biopsias compatibles con linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) desarrollado sobre MALT (CD45 +, CD20 +).

manifestación paraneoplásica. La evolución clínica fue favorable tras el inicio de tratamiento con corticoides.

Tras el alta hospitalaria, el paciente inició seguimiento por

Hematología. Se llevó a cabo la erradicación de *H. pylori* y se comenzó tratamiento con esquema R-CHOP, encontrándose actualmente en control evolutivo.

Discusión

Este caso pone de manifiesto la evolución de un linfoma MALT gástrico hacia LBDCG, transformación descrita en un 5–10 % de los pacientes y que supone un cambio sustancial en el manejo terapéutico. Asimismo, resalta la asociación con el síndrome RS3PE como manifestación paraneoplásica poco habitual, lo que refuerza la importancia de una visión clínica integral. La sospecha diagnóstica precoz, la adecuada toma de biopsias y el abordaje multidisciplinar fueron determinantes para el diagnóstico y tratamiento óptimo de este paciente.

CP-023. GASTRITIS GRAVE Y COLITIS ASOCIADA, AMBAS INDUCIDAS POR PEMBROLIZUMAB

Calderón Chamizo M, Gómez Delgado E, Ternero Fonseca J, Rodríguez Delgado C

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

Introducción

La presencia simultánea de gastritis grave y colitis inducidas por Pembrolizumab con expresión histológica de PD-L1 como efecto adverso, está escasamente descrito en la literatura, requiriéndose para su diagnóstico alta sospecha clínica, confirmación histológica e inmunohistoquímica compatible.

Caso clínico

Paciente de 46 años en seguimiento por Oncología Médica tras ser diagnosticada en 2014 de un melanoma en la región deltoidea derecha, con recaída metastásica en noviembre de 2023 e iniciándose tratamiento con Pembrolizumab como

primera línea, con respuesta completa.

Meses más tarde, es valorada en Aparato Digestivo por aumento del número de deposiciones, heces sin productos patológicos, sin dolor abdominal, fiebre ni otra sintomatología digestiva. Se realiza colonoscopia describiéndose una mucosa colónica levemente eritematosa y congestiva, con friabilidad al roce, en probable relación con pancolitis ulcerosa leve, iniciándose, a la espera de confirmación histológica, Mesalazina oral 3 gr/24h.

Posteriormente, la paciente ingresa por clínica de hematemesis con leve anemia, sin repercusión hemodinámica, además de clínica nauseosa que limita la ingesta. Se realiza gastroscopia que describe una gastritis erosiva antral severa (Figuras 1 y 2), contemplándose dentro del diagnóstico diferencial tanto su etiología farmacológica, en relación con la mesalazina por su relación temporal con el inicio del cuadro, como inmunomediada, dado los antecedentes de la paciente.

Tras obtener resultados histológicos e inmunohistoquímica, se descarta la infección por *Helicobacter Pylori* y se evidencia la expresión de PD-L1 en un 20% en las biopsias gástricas tomadas, proporcionándonos el diagnóstico definitivo de gastritis inmunomediada. A posteriori, se revisan las biopsias colónicas tomadas mediante colonoscopia, estando presente también la expresión de PD-L1.

Se suspende Pembrolizumab, pautándose corticoides a dosis de 0.5mg/kg/día, presentando buena evolución clínico-analítica, siendo dada de alta con pauta descendente, permaneciendo asintomática y pendiente de decidir por su oncólogo la reexposición a dicha inmunoterapia o cambio de tratamiento.

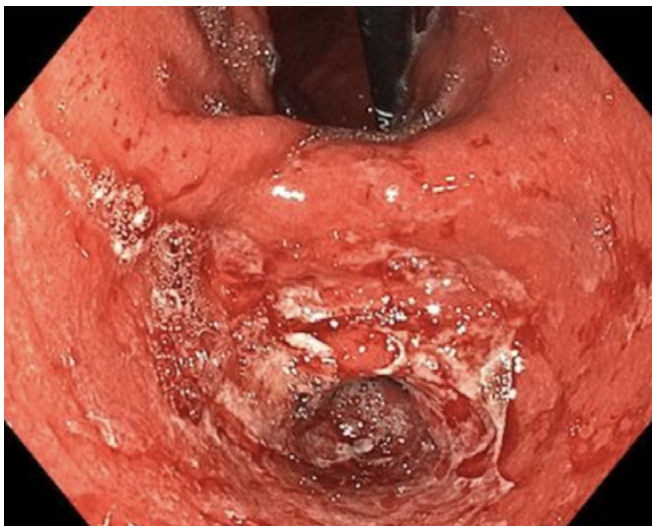


Figura 1. Imagen endoscópica en retroversión de antro gástrico.



Figura 2. Gastritis erosiva antral severa objetivada en endoscopia oral.

Discusión

El uso de inhibidores de los puntos de control inmunitario tiene cada vez más cabida en procesos oncológicos, extendiéndose su uso y no estando exentos de efectos secundarios, también a nivel gastrointestinal, tanto con afectación alta como baja, siendo de curso leve y raros los casos graves y la forma de presentación simultánea.

A nivel colónico, comparte características con la enfermedad inflamatoria crónica intestinal, reportándose hallazgos similares en imágenes endoscópicas, así como el segmento afecto, pudiendo estar infradiagnosticada.

Dicha toxicidad va a tener buena respuesta a la corticoterapia, sin necesidad en la mayoría de los casos, de terapias avanzadas como Infliximab o Vedolizumab, útiles en casos refractarios.

CP-024. UNA CAUSA INFRECUENTE DE GASTROPATÍA HIPERTRÓFICA: ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER.

Ordóñez López MÁ, Barranco Castro D, Maldonado Pérez MB, Romero Castro R

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La enfermedad de Ménétrier es una gastropatía hipertrófica infrecuente, caracterizada por engrosamiento de pliegues gástricos y pérdida de proteínas. Su presentación clínica es variable y poco específica, lo que dificulta el diagnóstico. Presentamos el caso de una paciente de edad avanzada diagnosticada de enfermedad de Ménétrier tras estudio clínico, endoscópico e histológico.

Caso clínico

Mujer de 82 años, con antecedentes de hipertensión, poliartrosis y deterioro cognitivo leve, en tratamiento con inhibidores de bomba de protones y psicofármacos. Consultó por hiporexia, diarrea y pérdida ponderal progresiva de un mes. La exploración física no mostró hallazgos relevantes. La analítica evidenció una insuficiencia renal aguda leve, hipocalcemia e hipomagnesemia graves. Fue ingresada en Digestivo para estudio. Durante la hospitalización la diarrea cedió con reposición hidroelectrolítica. El TC abdominal (Figuras 1 y 2) evidenció engrosamiento difuso de la pared gástrica y circulación colateral sugestiva de hipertensión portal secundaria a dicha distensión. La gastroscopia reveló mucosa congestiva con pliegues engrosados (Figura 3), confirmándose en ecoendoscopia engrosamiento mucoso de hasta 22.8 mm (Figura 4). Las biopsias mostraron hiperplasia glandular fúndica compatible con enfermedad de Ménétrier. La paciente evolucionó favorablemente, pudiendo ser dada de alta tras estabilización clínica y corrección metabólica, con seguimiento ambulatorio programado.



Figura 1. TC abdominopélvico con contraste: distensión gástrica con signos de hipertensión portal secundaria.



Figura 2. TC abdominopélvico con contraste: distensión gástrica con signos de hipertensión portal secundaria.

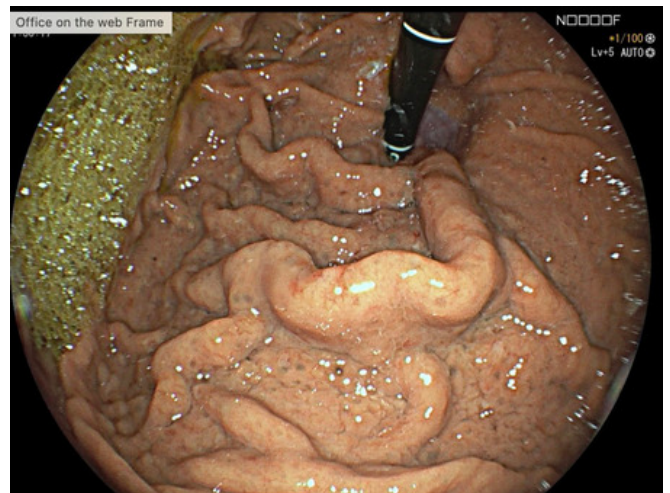


Figura 3. Gastroscopia: mucosa congestiva con pliegues engrosados a nivel fúndico y algunos restos de bilis.

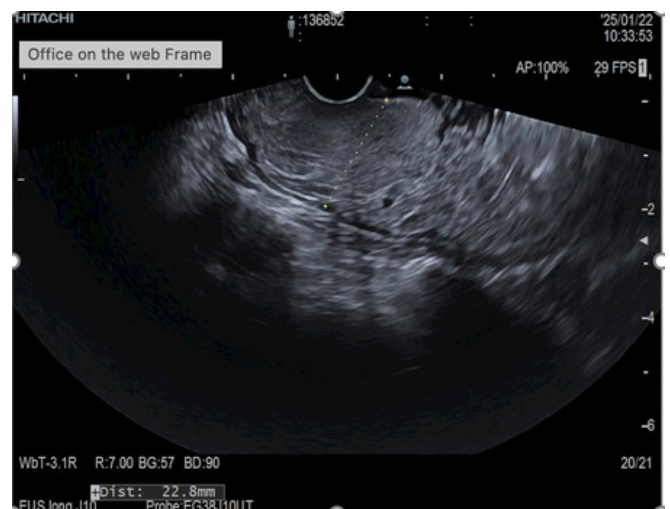


Figura 4. Ecoendoscopia: engrosamiento de la capa mucosa de hasta 22.8 mm.

Discusión

La enfermedad de Ménétrier es rara, afecta principalmente a varones entre 30 y 60 años o a niños menores de 6 años, por lo que su aparición en mujeres de edad avanzada resulta excepcional. El cuadro clínico suele incluir epigastralgia, vómitos, diarrea, pérdida ponderal y, en casos severos con hipoproteinemias por pérdidas, incluso edemas generalizados. Su etiología no está bien definida, aunque se han implicado factores infecciosos (*Helicobacter pylori*, citomegalovirus), autoinmunes y genéticos. El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos endoscópicos, ecoendoscópicos e histológicos, siendo la macrobiopsia indispensable para confirmar la hiperplasia foveolar con atrofia glandular. No existe un tratamiento estandarizado: se

han empleado inhibidores de la secreción gástrica, octreótido y anticuerpos monoclonales como cetuximab, reservando la gastrectomía para casos graves o refractarios. Se asocia a un riesgo incrementado de adenocarcinoma gástrico (10–15%), lo que justifica un seguimiento endoscópico estrecho. Nuestro caso resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinar ante esta entidad infrecuente y de diagnóstico complejo.

CP-025. ESOFAGITIS DISECANTE POR INGESTA DE GLIFOSATO

Fernández García R, Lecuona Muñoz M, Canales Fernández J, Rojo Avilés P, Redondo Cerezo E, Fernández Cano MDC

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

Introducción

La ingesta de cáusticos (fundamentalmente productos de limpieza o relacionados con la actividad laboral) constituye una urgencia frecuente en Gastroenterología, especialmente en la edad adulta en el contexto de intentos autolíticos. El glifosato es un herbicida que se asocia con esofagitis caustica leve sin necrosis ni perforación, y cuya principal complicación es la reacción inflamatoria sistémica con fracaso multiorgánico. La esofagitis disecante superficial es una rara entidad caracterizada por el desprendimiento de placas de mucosa superficial que aparece en relación con enfermedades sistémicas (sobre todo penfigoide ampolloso) o el uso de fármacos como los AINES o el Apixaban; sin embargo, no se ha descrito su relación con el glifosato.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 67 años sin antecedentes que consulta tras la ingesta, con intención autolítica, de 200 cc de herbicida industrial que contiene glifosato. Análíticamente destaca láctico 3,4 mmol/L y 13.520 leucocitos/ μ L. El paciente se encuentra subjetivamente asintomático en Urgencias y se realiza gastroscopia para descartar esofagitis caustica. En esta exploración se identifican desde tercio esofágico proximal áreas de mucosa blanquecina descamada de forma superficial, que se desprende con el lavado dejando ver mucosa subyacente de aspecto normal sin erosiones, eritema ni necrosis, siendo el diagnóstico endoscópico de esofagitis disecante superficial (Figura 1). El paciente continuó estudio digestivo ambulatorio, sin incidencias durante el seguimiento y con recuperación completa.

Discusión

La relación entre el glifosato y la esofagitis disecante no había sido descrita previamente, siendo esta imagen muy característica de la misma y de gran utilidad para el diagnóstico óptico. Ante una descamación en placas de la mucosa esofágica como la previamente descrita debemos descartar esta entidad, cuyo manejo incluye la retirada del factor precipitante e inhibidores de la bomba de protones.

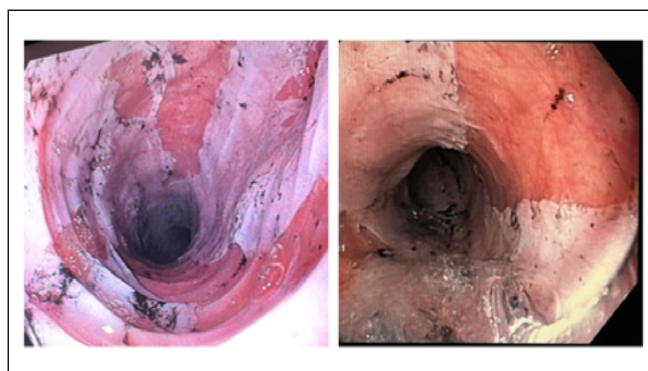


Figura 1. En la figura 1 se objetivan dos imágenes endoscópicas que reflejan la afectación esofágica por el glifosato.

CP-026. COLONOSCOPIA URGENTE SIN PREPARACIÓN COMO ALTERNATIVA EFICAZ EN HEMORRAGIA DIVERTICULAR INESTABLE

Morales Prado Á1, García Martínez A2, Mateos Millán D¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

Introducción

La hemorragia digestiva baja es un motivo de consulta urgente relativamente frecuente, especialmente en pacientes de edad avanzada. Su etiología es variada, pero la diverticulosis colónica constituye la causa más habitual, responsable de hasta un tercio o incluso la mitad de los casos en las series occidentales. En algunos pacientes puede debutar con sangrado abundante y llegar a comprometer la estabilidad hemodinámica.

El diagnóstico y el tratamiento requieren una actuación rápida y coordinada. En caso de inestabilidad hemodinámica destacan las terapias angiográficas como técnica de elección. Sin embargo, la realidad asistencial obliga en ocasiones a adaptar la estrategia en función de la situación clínica y de los recursos disponibles.

Caso clínico

Varón de 89 años que consulta por sangrado rectal súbito durante la madrugada, con emisión de coágulos y sin antecedentes similares. Tras levantarse de la cama presenta mareo y cuadro presincopeal, sin pérdida de conocimiento ni dolor abdominal.

En Servicio de Urgencias se objetiva hemorragia digestiva baja persistente con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza angio-TC urgente, que muestra extravasación de contraste en colon derecho, compatible con sangrado activo procedente de área diverticular.

Ante la ausencia de Radiología Intervencionista disponible en un área <100km y la situación clínica del paciente, se decide colonoscopia urgente sin preparación anterógrada (facilitada por el propio efecto catártico del propio sangrado). Se identifican

múltiples divertículos en colon derecho, uno de ellos con signos de sangrado reciente. Se aplica tratamiento endoscópico combinado con inyección de adrenalina diluida y colocación de hemoclips, logrando la hemostasia inmediata.

El paciente evoluciona de forma favorable, sin nuevos episodios de sangrado y con estabilidad clínica mantenida.

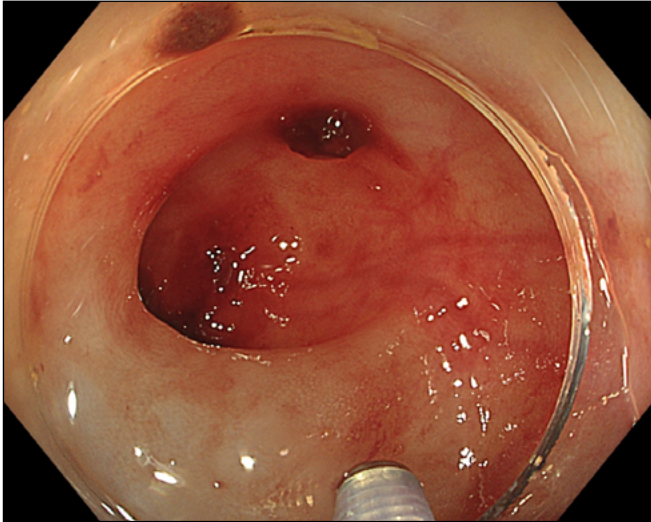


Figura 1. Imagen endoscópica de divertículo sospechoso de origen. Capuchón para ayuda de localización.

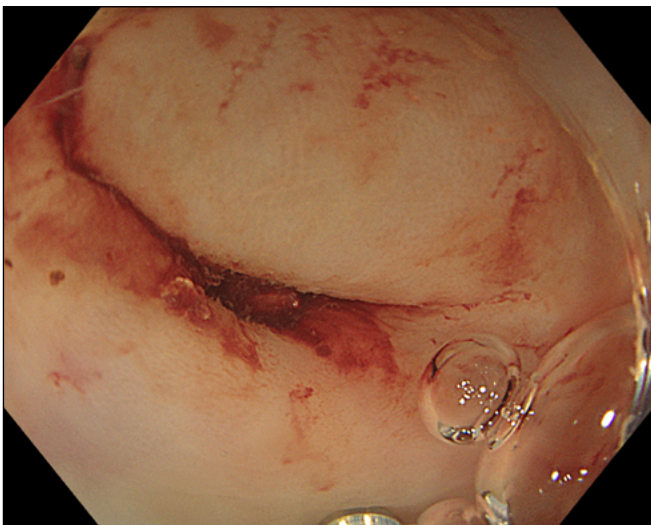


Figura 2. Divertículo tras inyección periférica de adrenalina 1:10.000

Discusión

La hemorragia diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja en pacientes adultos. Autolimitada en la mayoría de los casos, en algunos puede ser masivo con repercusión clínica importante.

El angio-TC es una herramienta fundamental para confirmar la presencia de sangrado activo y localizar su origen. El tratamiento de elección suele ser la embolización transarterial. Sin embargo, en contextos de inestabilidad hemodinámica y recursos limitados,

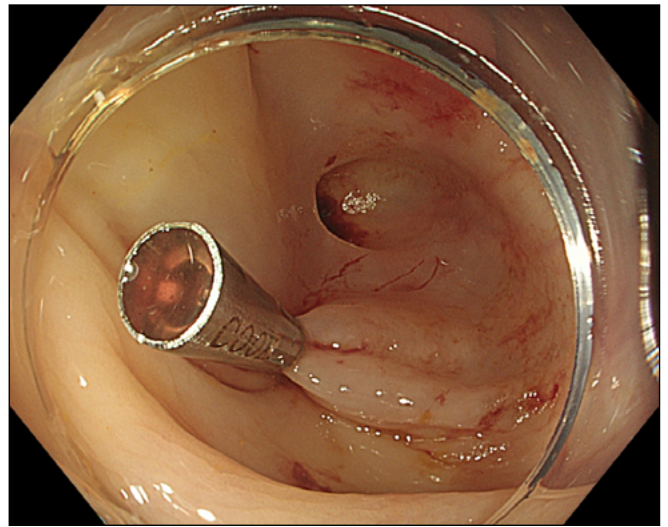


Figura 3. Divertículo tras colocación de hemoclips.



Figura 4. Imagen de TAC previo a la administración de contraste.



Figura 5. Imagen de TAC previo durante la fase arterial, apreciando extravasación de contraste.



Figura 6. Imagen de TAC previo durante la fase venosa, apreciando aumento de la extravasación de contraste.

la colonoscopia urgente puede constituir una alternativa válida.

La limpieza intestinal que produjo la propia hemorragia permitió realizar una colonoscopia en condiciones aceptables y aplicar un tratamiento combinado (adrenalina y hemoclips) con éxito. La evolución fue favorable, lo que subraya la importancia de adaptar el manejo a la situación clínica y a los medios disponibles, priorizando siempre la seguridad y el beneficio del paciente.

CP-027. LINFOMA FOLICULAR PRIMARIO DUODENAL, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

López Ocaña A, Pretel Lara C, Ortega Alonso A

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

Introducción

El linfoma folicular constituye una de las variantes más frecuentes de los linfomas no Hodgkin. Sin embargo, la afectación primaria gastroduodenal es rara. El curso asintomático o paucisintomático de esta entidad supone una mayor dificultad para su diagnóstico precoz.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón, de 55 años, con ex hábito enólico moderado y HTA como antecedentes de interés. Por epigastria de meses de evolución, se opta por la realización de una endoscopia digestiva alta solicitada desde consultas externas. En la misma, y en segunda porción duodenal, se visualiza una LST-G alargada de unos 15mm (Paris Ila-IIc), con borde mamelonado y centro deprimido, friable al roce del endoscopio y toma de biopsias, no siendo susceptible

de resección endoscópica (**Figura 1**). El estudio histológico concluyó hallazgos compatibles con hiperplasia linfoide con estudio inmunohistoquímico positivo para población linfoide B con positividad para CD20, CD10, bcl6, bcl2, compatible con linfoma no Hodgkin B, subtipo linfoma folicular duodenal. En el estudio de extensión no se evidenció enfermedad a distancia (sí hipercaptación en PET-TC en segunda porción duodenal, **Figura 2**), por lo que, tras presentarse en comité de tumores, se decide tratamiento con rituximab-bendamustina. Dado efectos secundarios hematológicos (neutropenia y linfopenia grado 3) y ante curso indolente del linfoma, se suspende tratamiento. A pesar de no completar ciclos de tratamiento establecidos, se evidencia respuesta completa en PET-TC de control con desaparición de hipercaptación a nivel duodenal (**Figura 3**). Actualmente sin tratamiento activo y en seguimiento por Oncología Médica.

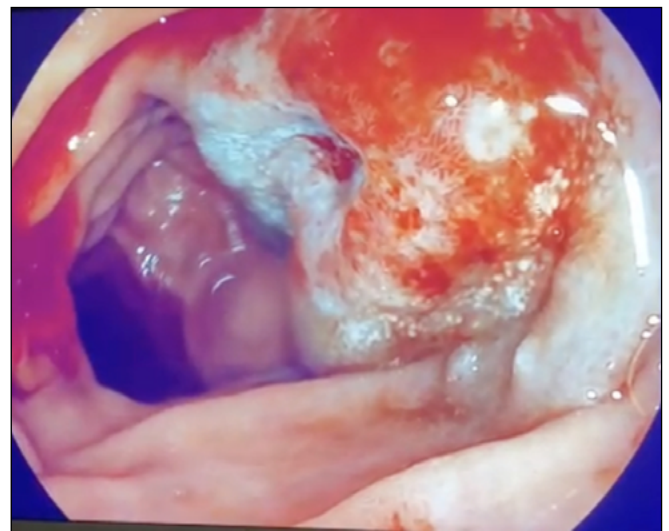


Figura 1. Lesión segunda porción duodenal.

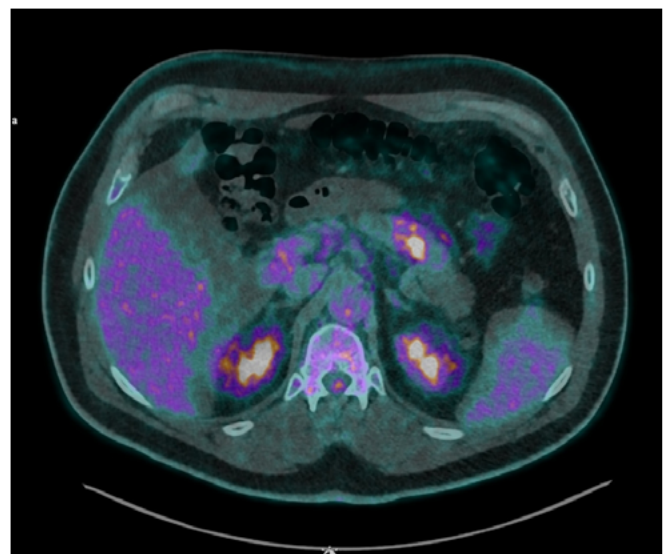


Figura 2. Hipercaptación segunda porción duodenal en PET-TC previo inicio de tratamiento.

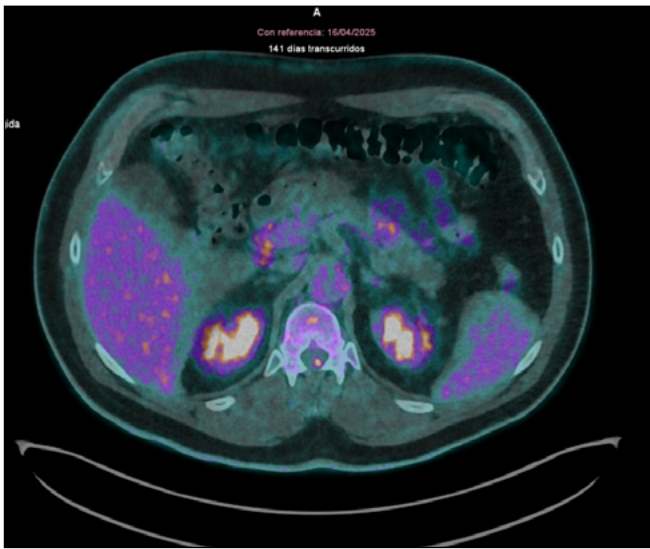


Figura 3. Desaparición hipercaptación segunda porción duodenal tras tratamiento.

Discusión

La detección de este tipo de lesiones, así como la inespecificidad o ausencia de síntomas, supone un reto diagnóstico para el endoscopista. Este tipo de entidades, menos frecuentes en nuestra práctica clínica habitual, deben ponernos en alerta y alentarnos aún más a una minuciosa descripción endoscópica y toma de decisiones, para alcanzar un diagnóstico certero y actuación precoz.

CP-028. HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA COMO DEBUT INFRECUENTE DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE

Pleguezuelos Ventura Á, Rodríguez Mateu A, López González J

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno autoinmune con trombocitopenia aislada debida a destrucción plaquetaria mediada por autoanticuerpos. En adultos, puede ser primaria o secundaria a enfermedades autoinmunes, neoplasias o fármacos. La mayoría presenta sangrado leve, aunque la hemorragia grave ocurre en torno al 9–10 % de los adultos, mientras que la hemorragia digestiva es mucho menos frecuente. El debut con hemorragia digestiva masiva es excepcional. En estos escenarios la endoscopia urgente aporta valor diagnóstico, aunque rara vez terapéutico.

Caso clínico

Varón de 69 años, hipertenso, que acudió a Urgencias por rectorragia de repetición en 24 h con inestabilidad hemodinámica. La analítica mostró trombocitopenia severa (2.500/ μ L) y anemia aguda en rango transfusional. Se instauró fluidoterapia, transfusión de hemoderivados, pool de plaquetas

e inmunoglobulinas intravenosas, con traslado a UCI. En total precisó varios concentrados de hemáties y dos pools plaquetarios en las primeras horas.

Ante la trombocitopenia aislada y la clínica hemorrágica se estableció el diagnóstico de presunción de PTI complicada con hemorragia digestiva masiva. A petición de UCI se realizó gastroscopia urgente tras transfusión, que mostró mucosa gástrica pálida, compatible con hipoperfusión, asociada a petequias y áreas purpúricas difusas en estómago y duodeno, sin sangrado activo ni dianas hemostáticas. Pese al soporte intensivo e inmunomodulador, el paciente presentó evolución desfavorable con fallecimiento a las 24 horas del ingreso.

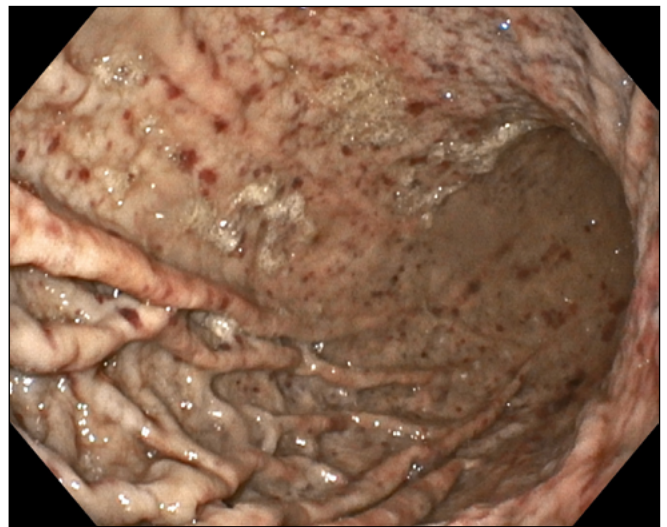


Figura 1. Cuerpo gástrico: mucosa pálida con petequias múltiples.

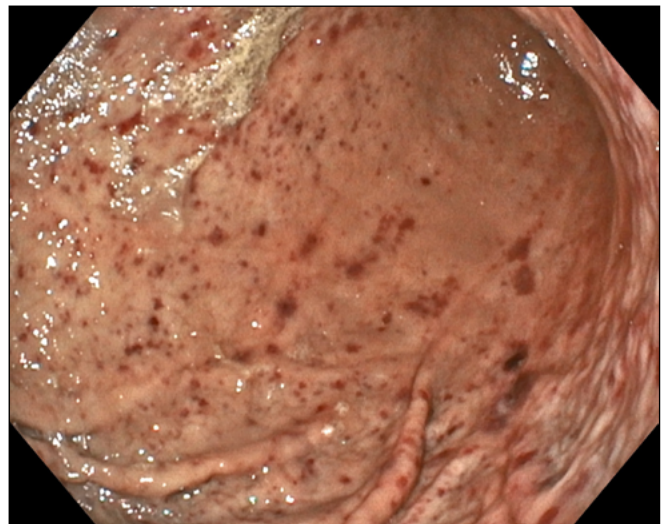


Figura 2. Antro gástrico: púrpura confluyente sin sangrado activo.

Discusión

Se presenta una forma infrecuente de PTI con hemorragia digestiva masiva. El hallazgo endoscópico fue singular: gastroduodenopatía purpúrica difusa sobre un fondo de shock gastropathy (Figuras 1–3), combinación poco descrita por la rareza de realizar endoscopia en trombocitopenias extremas.

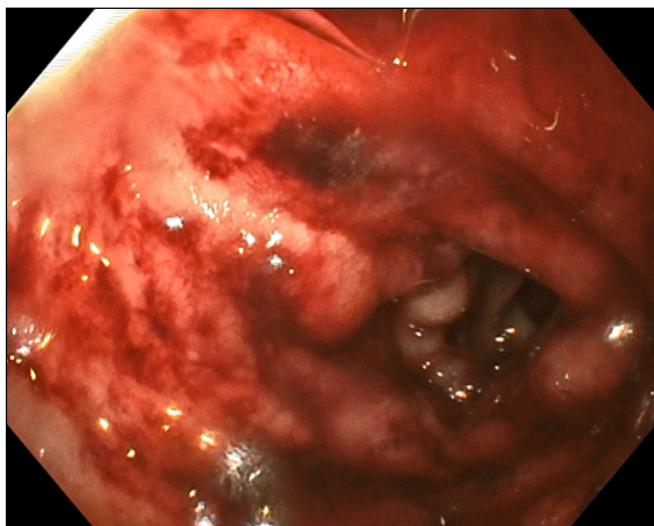


Figura 3. Restos hemáticos en antro prepilórico y bulbo duodenal.

La mucosa blanquecina reflejaba isquemia por bajo gasto y las petequias la extravasación hemorrágica propia de la trombocitopenia.

El diagnóstico diferencial incluyó gastropatía hipertensiva portal, gastropatía isquémica y coagulopatías graves. La trombocitopenia aislada sin datos de microangiopatía orientó hacia PTI y guio el tratamiento inmunomodulador.

La PTI es la causa más frecuente de trombocitopenia adquirida en adultos, pero rara vez debuta con hemorragia digestiva masiva, lo que plantea un desafío para el gastroenterólogo.

El manejo exige abordaje intensivo y multidisciplinar. Aunque rara vez terapéutica, la endoscopia fue esencial para descartar lesiones focales y reconocer un patrón mucoso de gran valor docente para el especialista en Aparato Digestivo.

CP-029. LESIÓN SUBEPITELIAL GÁSTRICA SIMULANDO GIST: TUMOR DE VANEK COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Sánchez Tripiana M, Villegas Pelegrina P, Pleguezuelos Ventura Á, Hallouch Toutouh S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Los tumores subepiteliales del tracto digestivo representan un reto diagnóstico y terapéutico. Entre ellos, los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) son los más frecuentes, pero existen otras lesiones benignas, como los pólipos fibroinflamatorios (PFI) o tumor de Vanek, que pueden presentar características similares. Estos tumores son lesiones mesenquimales benignas que se originan en la submucosa, generalmente asintomáticos, aunque pueden manifestarse con síntomas como dolor abdominal, anemia o sangrado. La endoscopia digestiva alta y la ecoendoscopia son herramientas clave en su evaluación,

aunque la confirmación diagnóstica requiere estudio histológico, destacando la importancia del diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Varón de 66 años con antecedentes de riesgo cardiovascular y anemia ferropénica en tratamiento con hierro oral, acude a urgencias por debilidad y melenas. La analítica muestra hemoglobina de 8.7 g/dL (previa de 12.2 g/dL). Se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgo de una lesión subepitelial ulcerada en estómago, sugestiva de GIST (**Figura 1**). Se completa estudio con ecoendoscopia, mostrando una lesión hipoeoica heterogénea con ulceración central y posible origen submucoso, siendo las biopsias no concluyentes. El estudio de extensión identifica una lesión nodular, heterogénea e hipervascularizada en el antro gástrico de unos 30mm sin evidencia de extensión extramural ni metástasis y se decide realizar una resección quirúrgica en cuña. El análisis anatomopatológico confirma un pólipo fibroide inflamatorio con márgenes libres de tumor (**Figura 2**), indicándose seguimiento.

Discusión

El diagnóstico diferencial de las lesiones subepiteliales gástricas es fundamental debido a las implicaciones terapéuticas. El tumor de Vanek es una lesión benigna que puede simular un GIST en estudios de imagen y endoscópicos. Histológicamente, se caracteriza por una proliferación de células fusiformes con abundantes vasos sanguíneos y un infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos. La inmunohistoquímica muestra positividad para CD34 y negatividad para c-kit, diferenciándolo de los GIST.

El tratamiento del PFI es la resección completa, ya sea endoscópica o quirúrgica, dependiendo del tamaño y localización de la lesión. El pronóstico es excelente tras la resección, con bajas tasas de recurrencia. Sin embargo, su rareza y la similitud con otras lesiones subepiteliales pueden llevar a diagnósticos erróneos, lo que resalta la necesidad de una evaluación histopatológica detallada.

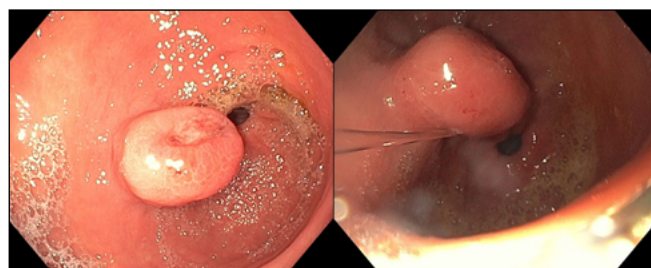


Figura 1. Endoscopia digestiva alta. Lesión subpediculada (0-Isp) de unos 30mm con mucosa de aspecto normal sugerente de lesión subepitelial que presenta área ulcerada central con fondo de fibrina.

Este caso destaca la importancia de considerar el PFI en el diagnóstico diferencial de lesiones subepiteliales gástricas y la necesidad de un enfoque multidisciplinar para su manejo. Además, subraya el papel clave de la endoscopia y la inmunohistoquímica para evitar tratamientos innecesarios en lesiones benignas.

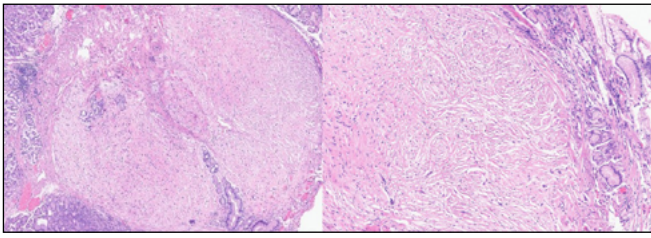


Figura 2. Estudio histológico. Lesión submucosa. Población celular mesenquimal fusiforme blanda con vascularización rica con patrón en "capas de cebolla". Ligero infiltrado linfoplasmocitario e infiltrado rico en eosinófilos. Estudio IHQ: CD34 positivo; ALK y CD117 negativos; ki 67 bajo (< 2%).

CP-030. SÍNDROME DE BOUVERET RESUELTO MEDIANTE ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA: ALTERNATIVA SEGURA A LA CIRUGÍA.

Morales Prado Á¹, García Martínez A², Mateos Millán D³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ. ³UNIDAD APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de obstrucción gástrica alta secundaria al paso de un cálculo biliar a través de una fístula bilio-entérica, habitualmente colecisto-duodenal. Aunque se trata de una patología benigna, se asocia a elevada morbimortalidad, principalmente por la necesidad de cirugía urgente en pacientes con comorbilidades. La endoscopia constituye una alternativa menos invasiva que, en casos seleccionados, puede resolver el cuadro y evitar una cirugía mayor.

Caso clínico

Varón con antecedentes de carcinoma epidermoide de cuerda vocal izquierda intervenido, estenosis traqueal benigna tratada mediante cervicotomía, exfumador, enolismo ocasional y obesidad. Independiente, sin tratamiento habitual.

Acude a urgencias por epigastralgia de 4 días, irradiado a hipocondrio derecho, asociando náuseas, vómitos e hiporexia.

A la exploración: abdomen blando, sin peritonismo.

Analítica: hiperbilirrubinemia directa, hipertransaminasemia con patrón colestásico, PCR elevada, sin leucocitosis.

Ecografía y TC abdominal: vesícula colapsada con aire y comunicación con duodeno, litiasis de 2,5 cm en bulbo duodenal y aerobilia, compatibles con fístula colecisto-duodenal y síndrome de Bouveret.

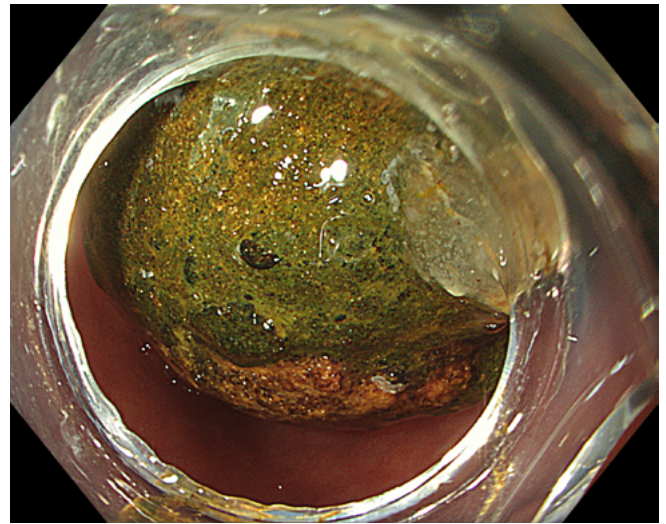


Figura 1. Litiasis en bulbo duodenal.

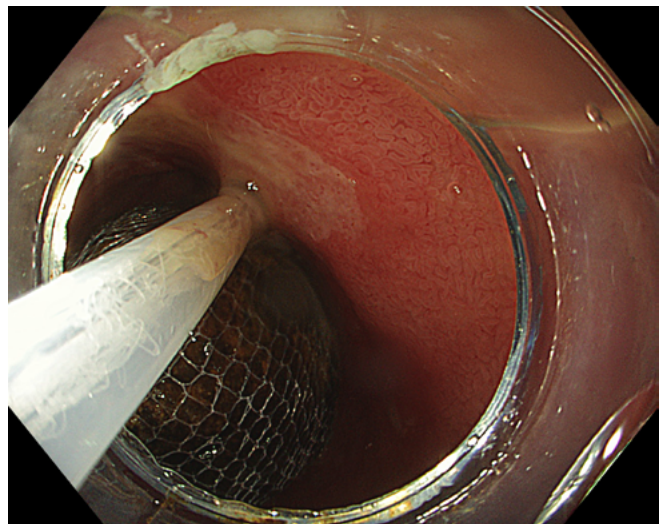


Figura 2. Atrapamiento de litiasis con cesta de Roth.

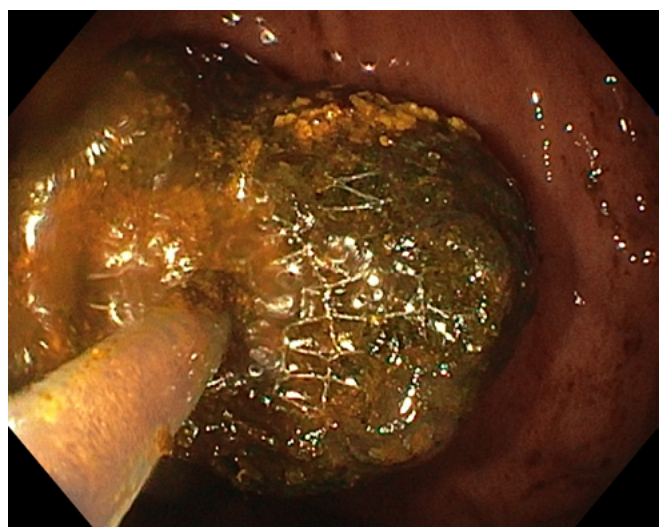


Figura 3. Litiasis con cesta en estómago. Tras sobrepasar píloro la litiasis quedó embebida en la cesta, siendo dificultoso la liberación de la cesta.

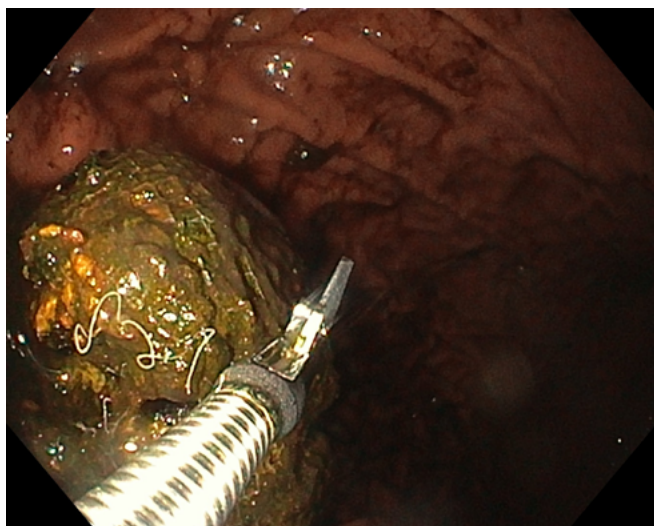


Figura 4. Liberación de la cesta con tijera endoscópica. Para su liberación, traccionamos de la cesta separándola del asa pero quedando la red envolviendo la litiasis limitándonos las maniobras. Se cortó la cesta con tijera endoscópica.

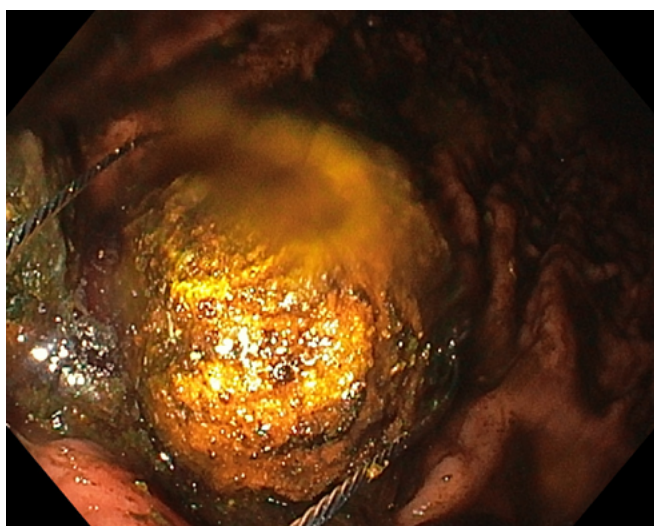


Figura 5. Fraccionando la litiasis. Una vez liberada en cavidad gástrica, fraccionamos la litiasis con asas de polipectomía y pinzas de cuerpos extraños. No disponíamos de litotriptor.

Ante comorbilidades se nos interconsulta y decidimos valoración endoscópica, identificando litiasis de 35–40 mm impactada en bulbo duodenal. La extracción fue compleja por la dificultad de superar el píloro y los esfínteres esofágicos proximal y distal. Tras superar píloro quedó atrapada en cesta de Roth, precisando uso de tijera endoscópica para liberarla de la cesta. Posteriormente, tras fragmentación con diversos accesorios y maniobras cuidadosas, se extrajeron los fragmentos con cesta de Roth sin incidencias.

Como hallazgos identificamos un divertículo duodenal pero sin lograr identificar el orificio fistuloso.

La evolución fue favorable. Se realizó una RMN a posteriori identificando una vía biliar de calibre normal, sin defectos de repleción ni colecciones.

El paciente fue remitido a seguimiento ambulatorio, dado que el cierre de la fístula puede ser espontáneo y no había criterios para cirugía urgente.

Discusión

El síndrome de Bouveret es poco frecuente pero debe considerarse en cuadros de obstrucción gástrica. Su tratamiento clásico es quirúrgico, con elevada morbimortalidad. La endoscopia terapéutica ha emergido como alternativa efectiva en pacientes seleccionados, aunque técnica y físicamente desafiante.

En este caso, la extracción endoscópica permitió resolver la obstrucción de forma segura, evitando cirugía mayor. La complejidad radicó en sobrepasar el píloro y los esfínteres esofágicos proximal y distal con un cálculo grande, lo que requirió fragmentación y maniobras cuidadosas. La colaboración multidisciplinar entre Digestivo y Cirugía permitió un manejo individualizado y menos invasivo, con buena evolución clínica y sin complicaciones inmediatas.

CP-031. SÍNDROME DE BOUVERET; MANEJO ENDOSCÓPICO COMO TERAPIA PUENTE EN PACIENTE CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO.

Rosa Rosal R, Quirós Rivero P, García Carrasco M, Jiménez Ortiz A

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

Introducción

El síndrome de Bouveret es una causa rara de obstrucción gastrointestinal por migración de un gran cálculo biliar a través de una fístula biliodigestiva. Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades. La endoscopia terapéutica ha emergido como una alternativa mínimamente invasiva que puede ofrecer un abordaje más seguro con alta tasa de éxito.

Caso clínico

Mujer de 77 años con factores de alto riesgo cardiovascular, fibrilación auricular paroxística anticoagulada y Enfermedad de Graves-Basedow, que consulta por epigastralgia persistente, náuseas y vómitos alimentarios.

La tomografía computerizada (TC) abdominal con contraste evidenció litiasis de 2 cm impactada en tercera porción duodenal, con dilatación gástrica y de asas proximales, hallazgos compatibles con íleo biliar secundario a síndrome de Bouveret (**Figura 1**). Se observó además aerobilia, sugiriendo la presencia de fístula colecistoduodenal como probable vía de paso del cálculo.

Dada la contraindicación quirúrgica por alto riesgo operatorio y complejidad técnica, se opta por abordaje endoscópico urgente, visualizando litiasis de 4 cm en segunda porción duodenal

(Figura 2), logrando englobar el cálculo duodenal con asa de diatermia. La extracción directa no fue posible dada la estenosis inflamatoria que presentaba, tampoco se pudo fragmentar con cesta Dormia, por lo que se optó por litotricia electrohidráulica (Figura 3) consiguiendo la fragmentación parcial del cálculo y desimpactación, con migración distal del mismo, más allá del ángulo de Treitz.

Al quinto día de ingreso, la paciente presenta empeoramiento clínico con náuseas persistentes. Se realiza TC que muestra migración del cálculo al íleon proximal con signos incipientes de sufrimiento intestinal. Se realiza finalmente enterotomía laparoscópica para extracción litiásica, con buena evolución postoperatoria y alta precoz.

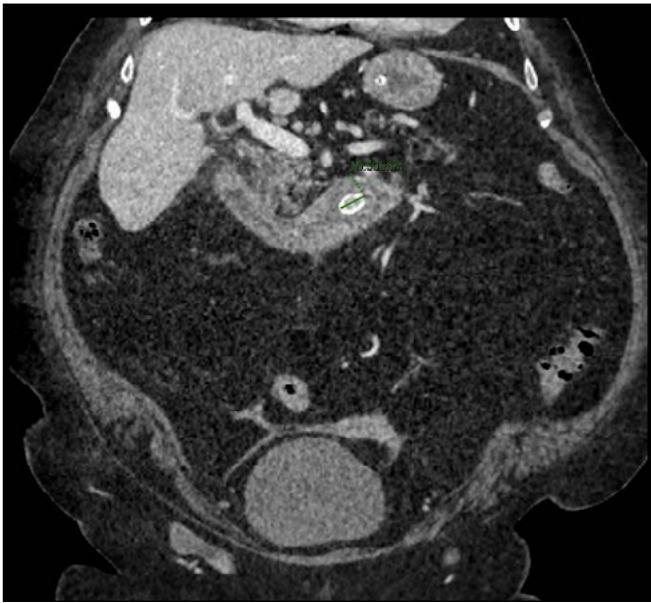


Figura 1. Litiasis de 2 cm impactada en la tercera porción duodenal, con dilatación gástrica y de asas intestinales proximales.

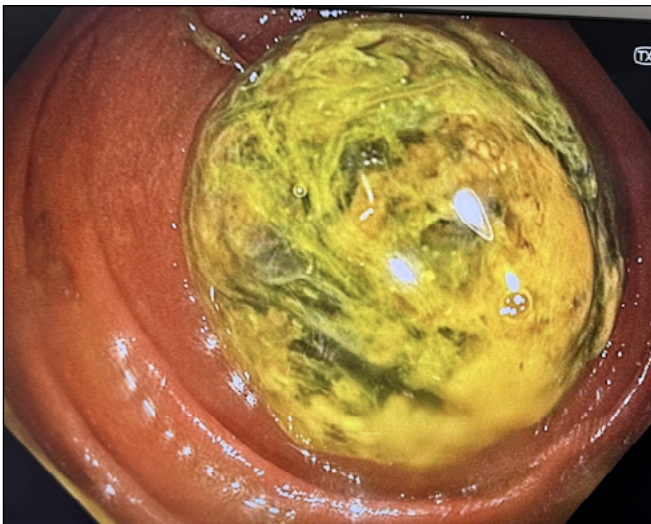


Figura 2. Litiasis de aproximadamente 4 cm en segunda porción duodenal.



Figura 3. Tunelización de litiasis con litotricia electrohidráulica.

Discusión

El síndrome de Bouveret es una causa rara de íleo biliar, su manejo representa un reto por la localización proximal de la litiasis y el estado basal del paciente. Probablemente estemos ante una transición desde las cirugías abiertas tradicionales hacia procedimientos endoscópicos mínimamente invasivos.

La evidencia actual respalda la endoscopia como primera línea de tratamiento en síndrome de Bouveret, reservando cirugía para fallos, falta de recursos o complicaciones. Esta estrategia secuencial evita la alta morbimortalidad quirúrgica secundaria a una duodenotomía y reduce costos asociados a hospitalización prolongada, cuidados intensivos y complicaciones infecciosas o nutricionales. A pesar de todo, la técnica no está exenta de riesgos, como el sangrado o la migración de fragmentos, que pueden desencadenar un íleo distal que requiera intervención quirúrgica posterior, como fue nuestro caso.

CP-032. PROCTITIS INFECCIOSA POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS: CUANDO LA IMAGEN ENDOSCÓPICA SUGIERE PROCTITIS, PERO EL DIAGNÓSTICO ESTÁ EN LA MICROBIOLOGÍA.

Osorio Marruecos M, Camacho Montaña LM, Carnerero Rodríguez JA

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

Introducción

La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más común en hombres que mantienen sexo con hombres (HSH). El no uso de preservativo, ser portador de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las múltiples parejas sexuales son factores de riesgo para esta patología.

El 80 por ciento de estas infecciones cursan sin síntomas. Cuando cursan con síntomas éstos son dolor rectal, tenesmo o secreciones en las heces, pudiendo imitar otras patologías como enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o neoplasias.

Caso clínico

Varón de 29 años, fumador y bebedor de alcohol ocasional. A destacar como antecedente personal VIH en tratamiento. Pareja masculina estable desde hace 5 años.

Es derivado a consulta de Aparato Digestivo por dolor abdominal, estreñimiento y productos patológicos en las heces (sangrado y mucosidad) junto con dolor anal y tenesmo ocasional. A la exploración paciente afebril, con dolor en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente sin alteraciones.

Se solicita colonoscopia visualizándose desde recto hasta los 15 centímetros del margen anal mucosa edematosa, friable, con pérdida de patrón vascular y úlceras dispersas (Figuras 1-3). El estudio histológico de las biopsias tomadas muestra un infiltrado linfoplasmocitario abundante inespecífico y el estudio microbiológico mediante prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) refleja un resultado positivo para *Chlamydia trachomatis* serovariedad L Linfogramuloma venéreo (LGV). Se comienza tratamiento con doxiciclina 100 miligramos cada 12 horas durante 21 días por la variante encontrada. Tras ello, el paciente presenta buena evolución de los síntomas y recibe seguimiento actual por Enfermedades infecciosas.

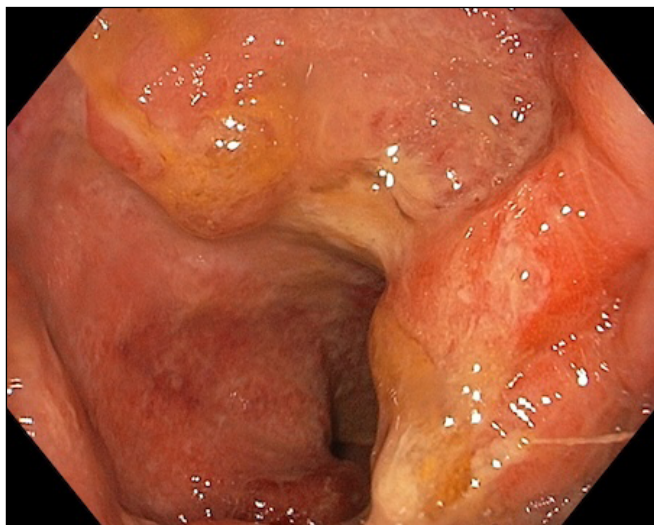


Figura 1. Ulceraciones.

Discusión

Los hallazgos endoscópicos de mucosa friable, edematosa y ulcerada obligan a realizar un diagnóstico diferencial con otras infecciones o patologías como la EII.

En pacientes con factores de riesgo, se debe pensar en etiologías infecciosas ante datos de colitis en una colonoscopia y realizar una adecuada toma de biopsias para estudio anatomopatológico

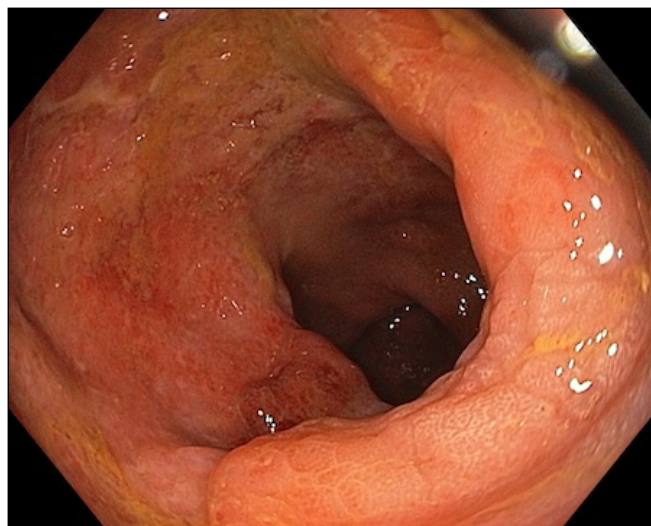


Figura 2. Pérdida de patrón vascular, granularidad.

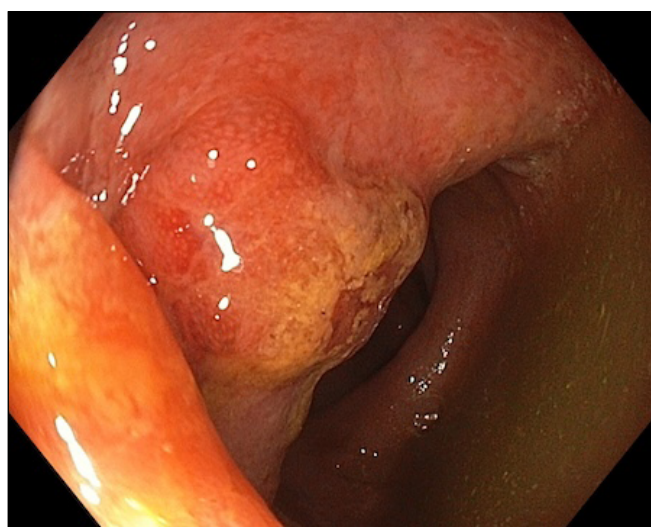


Figura 3. Edematización y ulceración.

y más importante aún para estudio microbiológico, ya que es la clave en el diagnóstico.

El diagnóstico precoz de la infección por *Chlamydia trachomatis* permite frenar el riesgo de complicaciones, como estenosis o úlceras y el curso agresivo de esta entidad.

CP-033. RECTORRAGIA COMO CONSECUENCIA DE MIGRACIÓN RECTAL DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.

Rosa Rosal R, Monje Casado PG, Cerviño Escudero J, Jiménez Ortiz A

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

Introducción

Los dispositivos intrauterinos (DIU) conforman un método de anticoncepción seguro y efectivo, aunque no están exentos de riesgo. La perforación uterina presenta una tasa estimada de

1,1 a 3,6 por cada 1000 inserciones, siendo una complicación bastante infrecuente. De todas las perforaciones solo un 0.1-0.9% afectan al recto.

Caso clínico

Mujer de 26 años de edad, con antecedente de colocación de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre en 2021 sin incidencias. Acude en numerosas ocasiones a su centro de salud y al servicio de urgencia ginecológicas por rectorragia catamenial y dismenorrea de 21 meses de evolución, sin otros síntomas asociados recibiendo tratamiento analgésico con autolimitación intermitente del sangrado.

Ante la ausencia de repercusión hematimétrica y hemodinámica es derivada de a la unidad de coloproctología. Dentro del diagnóstico diferencial se plantea la endometriosis con implantes rectales como causa más plausible del cuadro, por lo que se solicita una RM pélvica para mejor valoración.

La RM pélvica, evidencia una inadecuada posición del DIU, cuyo brazo vertical se localiza en a nivel del fundus uterino en posición transversa y cuyo brazo horizontal aparece penetrando en el miometrio de forma que la rama posterior protruye el contorno uterino y contacta con la pared posterior del recto superior no siendo descartable que penetre ligeramente a través de la pared rectal perforándola (**Figura 1**).

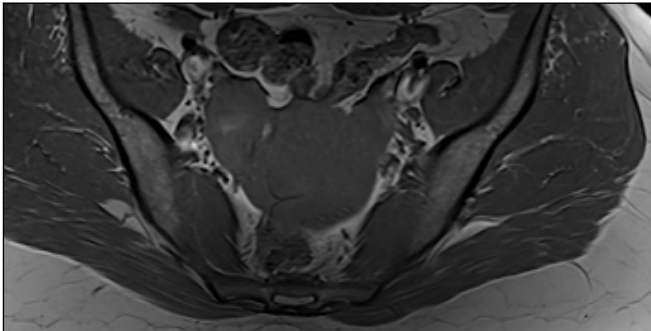


Figura 1. RM pélvica con visualización de DIU penetrando en el miometrio contactando con la pared posterior del recto superior.

Frente a este hallazgo se solicita colonoscopia para catalogar el grado de penetración y confirmación de sospecha de perforación rectal. Durante la colonoscopia se evidencia a los 15 cm del margen anal como asoma material metálico procedente del DIU a través de la pared posterior del recto sin poder ser retirado bajo este procedimiento (**Figuras 2 y 3**). Se plantea como posible abordaje la retirada del mismo mediante histeroscopia y cierre del defecto rectal con clip ovesco por colonoscopia. Sin embargo, se acaba optando por cierre quirúrgico vía laparoscópica sin incidencias.

Discusión

La perforación rectal por un DIU constituye una complicación excepcional pero grave de este método anticonceptivo. Aunque los DIU son seguros y bien tolerados, su inserción conlleva riesgos poco frecuentes como la migración y perforación uterina. Esta puede ser parcial o completa, y en ocasiones su



Figura 2. DIU a través de la pared posterior del recto en colonoscopia.



Figura 3. DIU a través de la pared posterior del recto en colonoscopia.

diagnóstico se retrasa más de un año. La afectación intestinal debe sospecharse ante dolor abdominal, fiebre y diarrea en portadoras de DIU, aunque en este caso se presentó como dolor y rectorragia menstrual. El hallazgo de perforación rectal obliga a la retirada inmediata del dispositivo, habitualmente mediante cirugía, como ocurrió en este caso.

CP-034. PRÓTESIS DE ESÓFAGO COMO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL SÍNDROME DE BOERHAAVE

Muñoz Domínguez S, Osorio Marruecos M, Mata Perdígón FJ, Otero López-Cubero S

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

Introducción

El síndrome de Boerhaave es una ruptura completa espontánea de la pared esofágica; una patología grave y potencialmente mortal que se trata de una emergencia médica. Se produce tras una vigorosa contracción o perforación espontánea del esófago,

más frecuentemente secundaria a vómitos o esfuerzo durante la deglución, aunque también a consecuencia de traumatismos, ingesta de cuerpos extraños y tumores. La clínica suele ser inmediata pudiendo presentarse como dolor torácico, disnea, fiebre, taquipnea y shock. Para su diagnóstico es imprescindible la tomografía computarizada (TC), y la endoscopia oral para valorar la extensión y gravedad del desgarro. En cuanto al tratamiento el cierre primario por laparotomía ha sido de elección hasta el momento.

Caso clínico

Varón de 66 años que acude a Urgencias por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, febrícula e inestabilidad hemodinámica que precisa de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Ante sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se realiza angiotomografía computarizada (angioTC) objetivándose neumomediastino de predominio paraesofágico distal con marcada cámara de hidroneumotórax derecho (Figura 1) sugestivo de Síndrome de Boerhaave como primera posibilidad. Se realiza TC de abdomen con contraste oral sin extravasación. En endoscopia digestiva alta (EDA) presenta a 34 centímetros de incisivos gran laceración profunda de 30 milímetros (Figura 2). Se decide tratar el defecto con una prótesis de esófago metálica autoexpandible recubierta. Se reevalúa a las 24 horas habiendo migrado a fundus gástrico recolocándose en el acto sin incidencias. Posteriormente, el paciente presenta empeoramiento clínico realizándose un TC con adecuado posicionamiento de la prótesis (Figura 3) pero con signos de mediastinitis y peritonitis por lo que es intervenido quirúrgicamente realizándose lavados y drenajes de la cavidad sin precisar suturas quirúrgicas. Tras un postoperatorio prolongado presenta buena evolución clínica y es dado de alta.



Figura 1. Neumomediastino de predominio periesofágico distal.

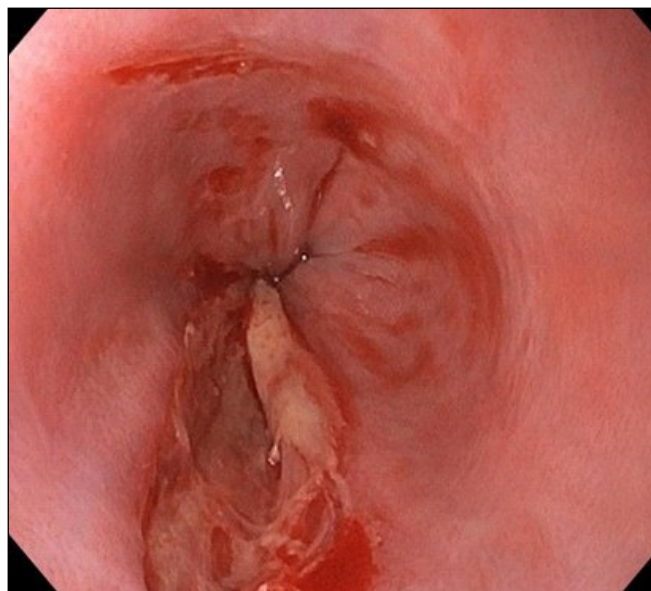


Figura 2. Desgarro mucoso en pared esofágica.



Figura 3. Prótesis esofágica normoposicionada.

Discusión

En el manejo del síndrome de Boerhaave, la cirugía urgente con sutura primaria constituye la opción terapéutica de elección, pudiendo requerirse en algunos casos una esofagectomía. Algunas guías recomiendan el abordaje no quirúrgico en casos seleccionados: menos de 24 horas de diagnóstico, sin sepsis, perforación cervical o torácica con mínima extravasación y sin patología esofágica previa. El tratamiento endoscópico está cobrando protagonismo con el uso de prótesis en aquellos defectos que no permiten el cierre primario. En conclusión, la terapia endoscópica con prótesis de esófago es una estrategia eficaz en las perforaciones del tracto digestivo superior con altas tasas de éxito suponiendo así una alternativa terapéutica en la actualidad.

CP-035. PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LIPOMA EN ÁNGULO ESPLÉNICO

Parra López B, Alonso Belmonte C, Sánchez Sánchez MI, Almahairi Martín M, Rubio Herrero A, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La pseudoobstrucción intestinal es una patología caracterizada por una dificultad en la propulsión intestinal sin causa obstructiva mecánica. Entre sus causas más frecuentes destacan el síndrome adherencial postquirúrgico, neuropatías, medicamentos, alteraciones hidroelectrolíticas o incluso neoplasias ocultas.

La distensión abdominal tras la ingesta, el dolor o el hábito tendente al estreñimiento constituyen las manifestaciones clínicas más frecuentes, siendo necesarias múltiples pruebas complementarias hasta encontrar la causa y dirigir el tratamiento.

Caso clínico

Varón de 64 años, derivado a consultas de Aparato Digestivo desde Atención Primaria por clínica de años de evolución consistente en distensión abdominal que empeora con la ingesta y hábito intestinal con tendencia al estreñimiento que precisa de laxantes para su resolución. No pérdida de peso ni otros síntomas de alarma. Ya fue estudiado por dicho motivo en otro centro hace unos 3 años descartando patología colónica mediante colonoscopia.

Ante la sospecha de pseudoobstrucción intestinal por síndrome adherencial, dadas las múltiples cirugías por un politraumatismo en el pasado, se solicita endoscopia digestiva alta y baja para descartar organicidad, así como estudios analíticos, que no muestran alteraciones. Se realiza endoscopia alta en la que se objetiva una pequeña hernia de hiato y gastritis antral sin presencia de *Helicobacter Pylori*. Se prosigue con colonoscopia observando, a nivel de ángulo esplénico, gran formación submucosa con mucosa de aspecto normal que genera estenosis parcial, siendo necesarias maniobras de rectificación y aspiración para sobrepasarla, sospechando lipoma como primera posibilidad diagnóstica. Se toman muestras de la lesión descrita, sin evidenciarse alteraciones histológicas, aumentando las sospechas de que la lesión es dependiente de la submucosa.

Para completar estudio, se solicita TC de abdomen que confirma pseudoobstrucción intestinal secundaria a lipoma que se extiende hasta colon transverso, descartándose síndrome adherencial o neoplasia oculta.

Tras hallazgos, se comenta caso con Cirugía General, que valora al paciente en consulta y se decide resección colónica limitada, con postoperatorio favorable.

Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento estrecho en consultas de Aparato Digestivo y Cirugía General, asintomático desde el punto de vista digestivo.

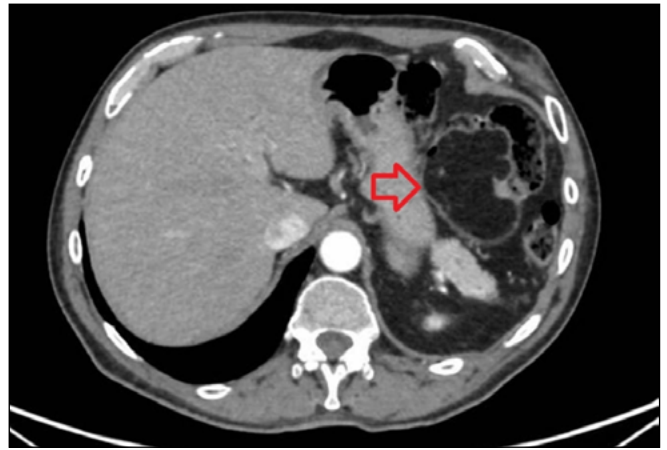


Figura 1. Corte transversal de TC de abdomen donde se muestra masa de 8 x 4 cm de densidad grasa, homogénea, compatible con lipoma, a nivel de ángulo esplénico (Flecha roja).

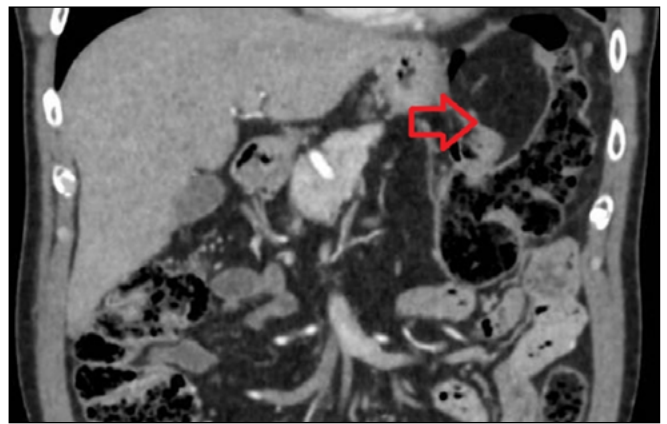


Figura 2. Corte coronal de TC de abdomen donde se muestra lesión compatible con lipoma, que pende de un pedículo desde el colon transverso (Flecha roja).



Figura 3. Imagen de Endoscopia Digestiva Baja donde se aprecia gran formación submucosa a nivel de ángulo esplénico que genera cierta estenosis al paso del endoscopio.

Discusión

Ante un cuadro de pseudoobstrucción intestinal hay que descartar, mediante un amplio estudio diagnóstico, las causas más frecuentes de su aparición para así poder iniciar un tratamiento dirigido que mejore la calidad de vida del paciente.



Figura 4. Imagen de Endoscopia Digestiva Baja donde se observa lipoma ya descrito en ángulo esplénico, que justifica el cuadro clínico del paciente.

Entre las causas infrecuentes podemos subrayar la de nuestro caso clínico: Lipoma submucoso. Es necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico, así como de un manejo multidisciplinar para decidir el tratamiento definitivo.

CP-036. ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN LA CARACTERIZACIÓN DE FÍSTULA RECTOVAGINAL: UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO CLAVE.

Villegas Pelegrina P, Plaza Fernández A, García Ortega RD, Estévez Escobar M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La fístula rectovaginal (FRV) es una entidad poco frecuente, definida como una comunicación anómala entre el recto y la vagina. Su origen suele estar relacionado con complicaciones de patologías subyacentes, como neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal, así como con traumatismos obstétricos o quirúrgicos.

Las FRV impactan de manera significativa en la calidad de vida de las pacientes, ocasionando incontinencia fecal e infecciones recurrentes. Para su diagnóstico y caracterización es necesario un enfoque multidisciplinar, en el que la endoscopia digestiva juega un papel fundamental.

Caso clínico

Mujer de 46 años con antecedente de adenocarcinoma de cérvix metastásico en tratamiento con quimioterapia, radioterapia y braquiterapia. Acude a urgencias por dolor pélvico y salida de heces y gases a través de la vagina, sin fiebre ni otra clínica acompañante.

En la exploración vaginal se objetivan heces en cavidad vaginal sin visualizar el orificio fistuloso. El tacto rectal identifica una solución de continuidad en la cara anterior del recto a unos 3-4

cm del margen anal. Se decide ingreso hospitalario para control sintomático, antibioterapia empírica y caracterización de la comunicación rectovaginal.

La resonancia magnética pélvica muestra disrupción focal de la pared anterior del recto inferior con comunicación hacia la vagina, hallazgo confirmado posteriormente mediante colonoscopia. Endoscópicamente se aprecia lesión con bordes eritematosos y sobreelevados, tomándose biopsias que descartaron progresión tumoral, evidenciando material necrótico y fibrinoleucocitario.

El caso se presentó en comité multidisciplinar, decidiéndose tratamiento quirúrgico con colostomía derivativa, que permitió mejorar la calidad de vida de la paciente a nivel clínico, emocional y social.

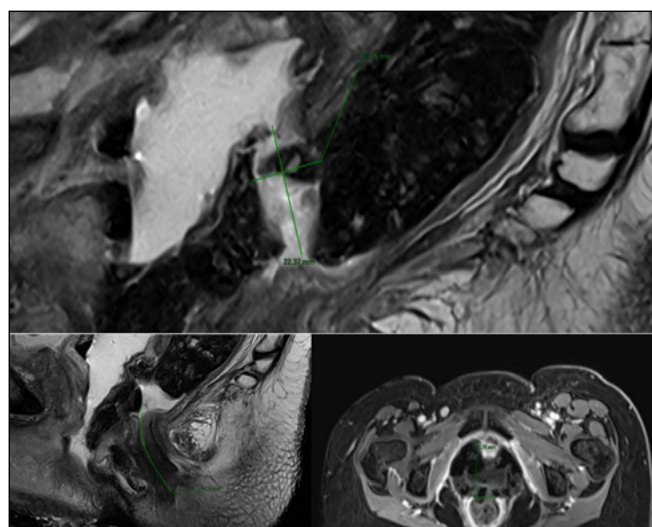


Figura 1. RMN con contraste intravenoso de pelvis. Fístula rectovaginal alta, con disrupción de la pared anterior del recto inferior y de la fascia rectovaginal a unos 4 cm del margen anal, con dimensiones de 21x12x22 mm, preservando los esfínteres anales.

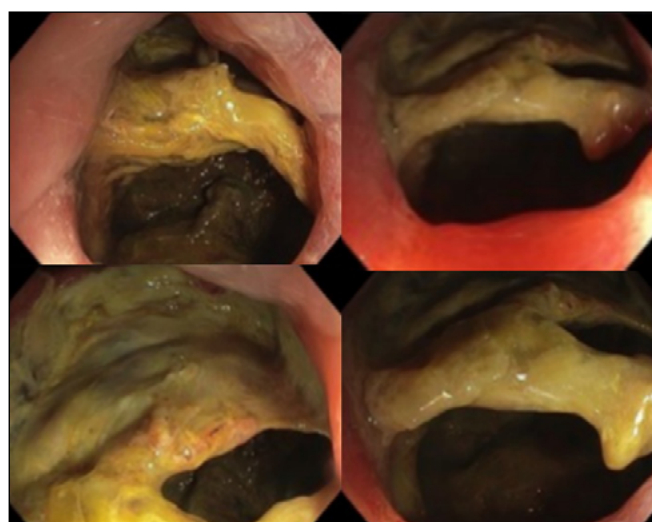


Figura 2. Endoscopia digestiva baja. Tejido necrótico y fibrina que se extiende por la cara anterior rectal, ocupando >50% del perímetro, permitiendo visualizar la cavidad vaginal a través de un gran orificio de unos 3-4 cm con un puente mucoso intermedio, sugiriendo la presencia de doble orificio fistuloso.

Discusión

Las FRV secundarias a neoplasias ginecológicas constituyen una complicación grave. Su prevalencia depende tanto de la extensión tumoral como de los tratamientos recibidos. La radioterapia es una de las causas más frecuentes, dado que sus efectos sobre la microvasculatura favorecen la isquemia y la necrosis tisular.

En este contexto, la endoscopia digestiva es esencial para caracterizar la lesión, delimitar su tamaño y extensión, y descartar recidiva tumoral mediante biopsias dirigidas. El abordaje terapéutico debe ser individualizado, y la colaboración entre distintas especialidades resulta fundamental para optimizar los resultados.

En nuestro caso, la endoscopia confirmó una fístula de gran tamaño con necrosis extensa, hallazgos sugestivos de etiología radioterápica más que infiltrativa. Esta información fue clave en la toma de decisiones del comité, que priorizó un enfoque paliativo mediante colostomía derivativa, logrando controlar la sintomatología y mejorar la calidad de vida. Además, en casos seleccionados, la endoscopia podría ofrecer alternativas terapéuticas mínimamente invasivas.

CP-037. LACERACIÓN ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN TRAS COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA.

Calderón Chamizo M¹, Tapia Cabo JM², Terneró Fonseca J¹, Quirós Rivero P¹, Naranjo Pérez A³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA.

Introducción

La colonoscopia es un procedimiento relativamente seguro aunque no exento de complicaciones, siendo las más frecuentes el sangrado (tras biopsias y polipectomías) y la perforación. No obstante, mencionar también otras con menor cabida como la laceración esplénica.

Caso clínico

Paciente de 64 años, sin antecedentes previos, que se realiza una colonoscopia diagnóstica tras una sangre oculta en heces positiva, visualizándose divertículos de boca pequeña y mediana sin datos de complicación en sigma y hemorroides internas grado I, sin realizarse terapéutica alguna durante el procedimiento.

Esa misma tarde, la paciente consulta por dolor abdominal refractario a analgesia domiciliaria.

Analíticamente, se objetiva anemia con respecto a control analítico previo (Hemoglobina: 13.3→10.9), y se completa estudio con pruebas de imagen (tomografía computarizada-

TC- y angio-TC de abdomen) describiéndose la presencia de moderada cuantía de hemoperitoneo en espacio periesplénico, discurriendo por gotiera parietocólica izquierda y pelvis, todo en relación a la presencia de una laceración esplénica (parenquimatosa y/o ligamentosa), sin la presencia de sangrado activo (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Corte transversal de TC de ABD en fase portal con hemoperitoneo subdiafragmático izquierdo.



Figura 2. Corte transversal de TC de ABD a nivel de pelvis, con líquido libre de atenuación elevado sugestivo de hemoperitoneo.

Tras permanecer estable hemodinámicamente en todo momento, se opta por un manejo conservador siendo dada de alta en las siguientes 72h dada su buena evolución clínico-analítica.

Discusión

La laceración esplénica la vamos a definir como el alargamiento o desgarro que puede llegar a sufrir el ligamento esplenocólico durante la exploración, teniendo su inserción en el extremo izquierdo del mesocolon transverso y discurrendo en su interior vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño, que pueden incluso llegar a romperse, dando lugar por ende a hemoperitoneo.

Su presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal en las primeras horas tras la exploración, pudiendo estar enmascarado tanto por los efectos de la sedación como por el discomfort abdominal tras la prueba por la propia insuflación (siendo por tanto en ocasiones infradiagnosticada); más allá de las siguientes 48-72 es muy poco frecuente.

Destacar la importancia del diagnóstico precoz de esta entidad (angioTC como prueba radiológica más específica) para un tratamiento adecuado y precoz ya que puede incluso comprometer el estado hemodinámico del paciente.

El tratamiento dependerá de la presencia o ausencia de sangrado activo y la situación hemodinámica del paciente. Se llevará a cabo una embolización arterial si se visualiza sangrado activo y el paciente permanece estable hemodinámicamente y, si ésta fracasa o el paciente se inestabiliza, tendrá indicación de laparotomía quirúrgica. En pacientes estables con sangrado autolimitado, el manejo ha de ser conservador, como lo fue en el caso de nuestra paciente.

CP-038. UN PENDIENTE PENDIENTE: EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN CUERPO EXTRAÑO EN COLON DERECHO.

Ojeda Salvador M, Martínez Sendín F, Suárez Toribio A, Sobrino Rodríguez S

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La ingestión de cuerpos extraños representa un evento clínico relativamente frecuente, especialmente en niños, ancianos y pacientes con trastornos psiquiátricos o neurológicos. La mayoría de los objetos ingeridos progresan a lo largo del tracto gastrointestinal y se eliminan de manera espontánea. No obstante, la presencia de un cuerpo extraño en colon derecho es poco habitual, y su extracción endoscópica constituye un procedimiento excepcional. Aunque infrecuente, este abordaje ofrece una alternativa segura y eficaz a la cirugía en casos seleccionados, debiendo cada situación evaluarse individualmente según características del objeto, evolución clínica y riesgos potenciales.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 80 años con hipertensa, Alzheimer leve y antecedente de tromboembolismo pulmonar

de alta carga trombótica (mayo 2025), que ingresa por fractura pertrocantérea derecha. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Ante clínica de estreñimiento, se realiza radiografía de abdomen, en la cual se objetiva un objeto metálico en fosa ilíaca derecha, sin signos de perforación ni obstrucción. La TC evidencia un cuerpo extraño metálico (pendiente) en el fondo cecal, sin dilatación de asas ni colecciones intraabdominales (Figura 2). Tras un manejo conservador con laxantes y la persistencia del objeto en controles radiológicos posteriores, se decide su extracción endoscópica mediante cesta de Roth, completada con éxito (Figura 3) y sin complicaciones.

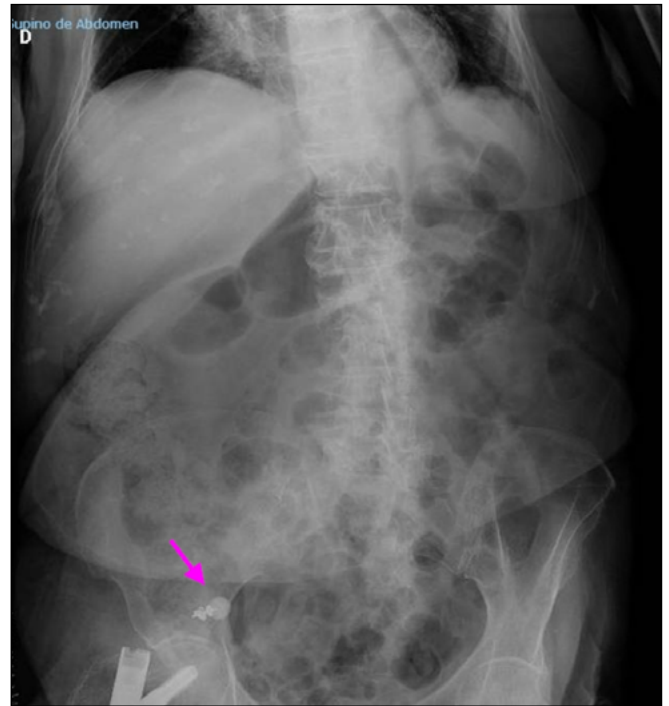


Figura 1. Radiografía abdominal en supino, que evidencia un cuerpo metálico radiopaco localizado en la fosa iliaca derecha (flecha).

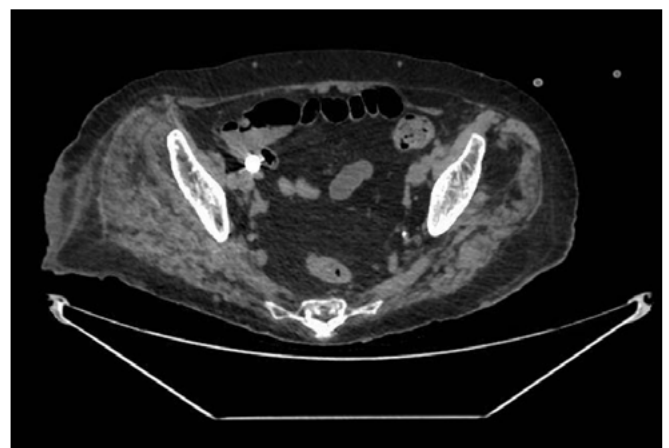


Figura 2. TC abdomen con cuerpo extraño de densidad metálica (pendiente) situado a nivel del fondo cecal.

Discusión

Se estima que cerca del 80% de los cuerpos extraños ingeridos se eliminan sin intervención, un 10–20% requieren extracción

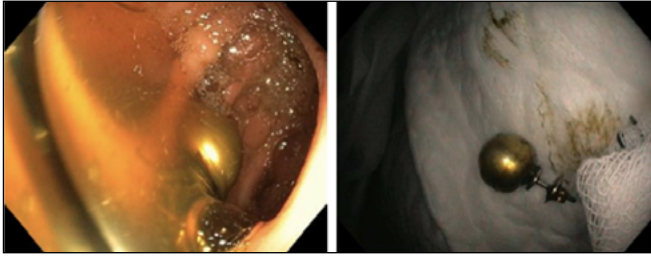


Figura 3. Imagen endoscópica que muestra un cuerpo extraño metálico (pendiente) alojado en el fondo cecal (izquierda) y su extracción exitosa (derecha).

endoscópica y menos del 1% resolución quirúrgica. Cuando un objeto alcanza el colon derecho, lo más probable es que sea expulsado de forma natural. Por ello, la indicación de extracción endoscópica en este segmento debe reservarse a casos seleccionados: objetos voluminosos, con bordes afilados o de materiales potencialmente peligrosos, si estancamiento prolongado o si presencia de síntomas clínicos como dolor, sangrado u obstrucción. En tales situaciones, la endoscopia ofrece una alternativa mínimamente invasiva, capaz de evitar procedimientos quirúrgicos y de mejorar la recuperación del paciente.

CP-039. RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE UNA INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ordóñez López MÁ, Barranco Castro D, Maldonado Pérez MB, Muñoz Garcia-Borrueal M

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La invaginación intestinal en adultos es una entidad rara, representando sólo el 1-5 % de las obstrucciones intestinales. Presentamos un caso de invaginación ileocólica idiopática resuelta por colonoscopia, sin hallazgos de patología subyacente, que ilustra una alternativa en el manejo en casos seleccionados.

Caso clínico

Mujer de 50 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias con dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha y rectorragia de dos semanas de evolución. Se realizó analítica sin mostrar alteraciones significativas. Una tomografía computarizada urgente reveló una invaginación ileocólica de unos 7 cm (Figura 1), sin signos de sufrimiento intestinal (ni neumatosis, ni líquido libre), ni obstrucción franca, observándose además adenopatías mesentéricas reactivas. Se contactó con Cirugía general quienes decidieron manejo inicial conservador. La paciente pasó a planta de Digestivo y durante el ingreso se realizó una colonoscopia, donde se evidenció a unos 60 cm del margen anal un asa ileal invaginada dentro del colon, con mucosa edematosa, ulcerada y congestiva, con hallazgos sugestivos de cierto grado de compromiso (Figuras 2 y 3). Se tomaron biopsias. Tras ello y de forma progresiva la paciente mejoró clínicamente, con tolerancia oral restaurada, desaparición

del dolor abdominal y normalización del tránsito intestinal. A los días de la colonoscopia, se realizó una enterorresonancia magnética que confirmó resolución completa de la invaginación, sin evidencia de masa, lesión subyacente ni otra causa aparente, apuntando a etiología idiopática. El estudio anatomopatológico mostró fondo de úlcera, sin hallazgos de malignidad ni displasia.



Figura 1. TC abdominal con contraste: invaginación ileocólica de 7 cm sin signos de sufrimiento.



Figura 2. Colonoscopia: asa ileal invaginada con mucosa edematosa y congestiva.

Discusión

Las invaginaciones intestinales constituyen una causa rara de obstrucción intestinal. Suelen ser de etiología estructural (neoplasias, lipomas, adherencias...) aunque en un pequeño porcentaje de casos pueden ser idiopáticas. El tratamiento de elección suele ser quirúrgico, sobre todo si hay datos de sufrimiento intestinal. En ocasiones se ha descrito la reducción endoscópica de estas lesiones, siempre y cuando estos datos de sufrimiento estén ausentes. La relevancia de nuestro caso se debe a varios motivos. En primer lugar, la posibilidad, aunque infrecuente de invaginaciones idiopáticas sin causa detectable por técnica de imagen o biopsia. Y en segundo lugar, el hecho de que la colonoscopia permitiera el diagnóstico y contribuyera

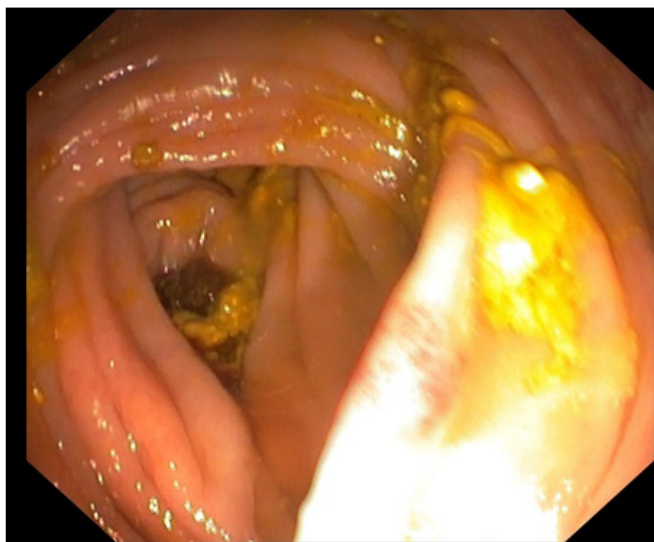


Figura 3. Colonoscopia: visión de posible resolución de asa ileal invaginada en retirada tras mínima insuflación.

probablemente, con la mínima insuflación y manipulación cuidadosa, a la reducción de dicha invaginación. La decisión terapéutica debe ser individualizada, teniendo en cuenta los hallazgos en exploración física y técnicas de imagen, pero este enfoque endoscópico podría contribuir a minimizar la morbilidad y preservar intestino, siendo necesarios más estudios al respecto.

CP-040. UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y VALOR TERAPÉUTICO DE LA ECOENDOSCOPIA EN UNA MASA PANCREÁTICA SÓLIDO-QUÍSTICA DE ORIGEN INCIERTO.

Ruiz Bataller C¹, Keco Huerga A¹, Montaña Ramírez AM², Teomiro Custodio C¹, Rodríguez Tellez M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Las lesiones pancreáticas sólido-quísticas son hallazgos poco frecuentes que plantean un importante reto diagnóstico. Su espectro abarca desde tumores benignos hasta neoplasias con potencial maligno, por lo que la elección del abordaje diagnóstico y terapéutico es fundamental. La ecoendoscopia (EUS) se ha consolidado como una herramienta clave en este proceso, permitiendo una caracterización detallada de la lesión y orientando de forma decisiva la estrategia de tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 20 años remitida a consultas de Aparato Digestivo tras el hallazgo incidental, en una tomografía abdominal computarizada (TC), de una masa pancreática de 4 cm con características sólido-quísticas (Figura 1). La paciente se encontraba asintomática y sin colestasis analítica. La resonancia magnética (RM) confirmó la presencia de una lesión de 4 cm, con componente mixto, localizada en cabeza pancreática y sin comunicación con el

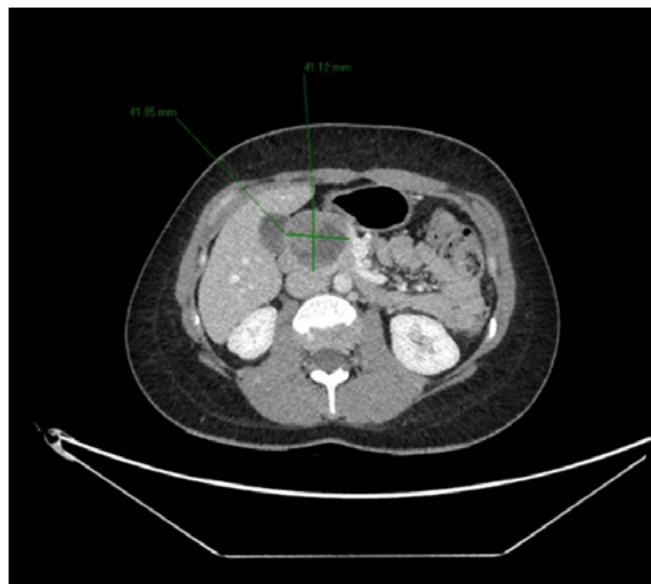


Figura 1. Masa pancreática sólido-quística de 3 cm en cabeza de páncreas.

conducto pancreático principal (CPP), de origen indeterminado (Figura 2).

Se completa estudio con realización de ecoendoscopia (EUS) que muestra una lesión pancreática de bordes bien definidos, heterogénea, con áreas sólidas y quísticas, signos de hemorragia intracavitaria y efecto de masa sobre la vena porta, sin dilatación del Wirsung (Figuras 3A y 3B). La morfología, localización y contexto clínico resultaron altamente sugestivas de neoplasia sólida pseudopapilar (NSPP), tumor epitelial infrecuente, de bajo potencial maligno y prevalente en mujeres jóvenes.

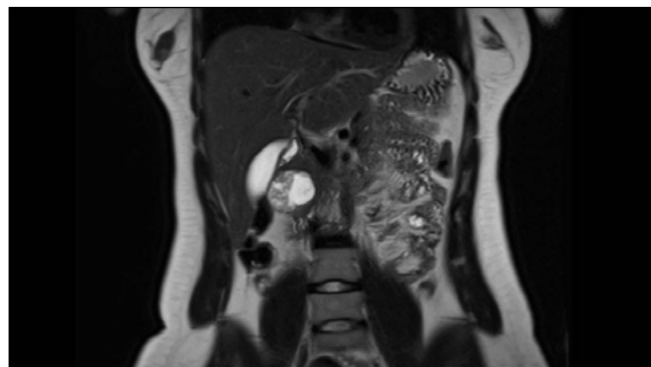


Figura 2. Lesión de 4 cm, con componente mixto, localizada en cabeza pancreática.

Debido a su patrón ecográfico tan característico y a los riesgos asociados a la punción por la localización de la lesión (hemorragia y siembra tumoral), se decidió no realizar PAAF. Finalmente, se optó por realizar una duodenopancreatectomía cefálica (DPC), logrando una resección completa de la lesión.

El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó la presencia de un NSPP de bajo grado. El estudio IHQ mostró, tal como es característico en estas lesiones, positividad para Beta-catenina, P120, Receptores de Progesterona y Receptores de Andrógenos (Figura 4).

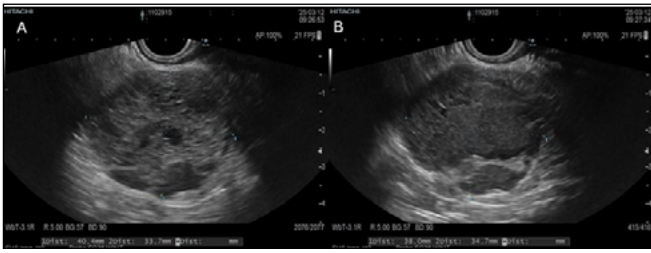


Figura 3. Lesión pancreática de bordes bien definidos, heterogénea, con áreas sólidas y quísticas, signos de hemorragia intracavitaria y efecto de masa sobre la vena porta, sin dilatación del Wirsung sugestiva de tumor pseudopapilar de páncreas.

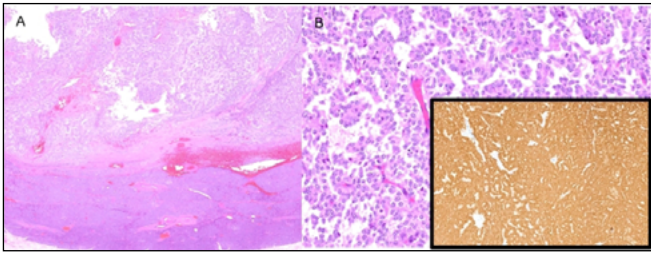


Figura 4. A: tinción con hematoxilina eosina (H&E) a 1.5X en la que se observa una neoplasia pseudopapilar sólida. B: tinción H&E a 20X en la que se observan estructuras pseudopapilares con inmunotinción nuclear y citoplasmática positiva para β -catenina.

Discusión

La ecoendoscopia resultó fundamental en la evaluación diagnóstica de esta lesión pancreática. Este caso ilustra cómo la EUS no solo actúa como técnica de alta resolución para el diagnóstico, sino también como herramienta decisiva en la planificación terapéutica, especialmente en lesiones con características morfológicas típicas. En concreto, la mayoría de las NSPP se presentan en mujeres entre 20-40 años, afectan con mayor frecuencia a cuerpo y cola pancreática, y presentan un patrón imagenológico característico (masa encapsulada, sólida-quística e hipervascular). Además, este caso resalta la importancia de una valoración multidisciplinar, optimizando el manejo quirúrgico y reduciendo intervenciones innecesarias en tumores de bajo potencial maligno.

CP-041. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA ENTEROSCOPIA EN UNA ESTENOSIS YEYUNAL DE ETIOLOGÍA INCIERTA.

Ruiz Bataller C, Barranco Castro D, López Muñoz M, Rodríguez Sánchez A, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Las estenosis yeyunales constituyen un verdadero reto diagnóstico, ya que pueden corresponder tanto a procesos inflamatorios como a neoplásicos. La dificultad de acceso a este segmento del tubo digestivo hace que la caracterización precisa de la lesión requiera técnicas avanzadas de imagen y endoscopia.

En este contexto, la enteroscopia desempeña un papel crucial, al permitir una visualización directa de la lesión y, sobre todo, la obtención de muestras histológicas que orienten el manejo terapéutico.

Caso clínico

Varón de 56 años que acudió a Urgencias por vómitos posprandiales, estreñimiento y pérdida ponderal de 25 kg en seis meses, con datos de caquexia a la exploración. La tomografía abdominal computarizada (TC) mostró engrosamiento circunferencial estenosante de un segmento de unos 5 cm de longitud de intestino delgado (yeyuno proximal) (**Figura 1**), motivando ingreso hospitalario para estudio. Durante la hospitalización, para ampliar estudio se realizó enterorresonancia magnética (entero-RM), que evidenció un engrosamiento mural estenosante y asimétrico, con hiperrealce con el contraste, de un corto segmento de asa de yeyuno de alrededor de 8 cm en flanco izquierdo sin cambios inflamatorios adyacentes (**Figura 2**). Tras valoración conjunta con Cirugía, se realizó enteroscopia para disponer de una histología, que evidenció una lesión estenosante de aspecto neoplásico, infranqueable, ulcerada y mamelonada a nivel de yeyuno proximal (**Figura 3**). La anatomía patológica de las biopsias informó pólipo ulcerado. Ante la ausencia de mejoría clínica y la persistencia de la obstrucción, se indicó resección quirúrgica laparoscópica, con duodenoyeyunostomía derivativa. El análisis histológico de la pieza confirmó enfermedad de Crohn de localización yeyunal (L4), con estenosis fibroinflamatoria y signos de actividad transmural.



Figura 1. Engrosamiento circunferencial estenosante de un segmento de unos 5 cm de longitud de intestino delgado (yeyuno proximal) que produce dilatación retrógrada del mismo hasta 4.6 cm.

Discusión

La afectación yeyunal en enfermedad de Crohn es poco frecuente y puede simular patología neoplásica, especialmente en pacientes sin diagnóstico previo ni manifestaciones clásicas. La ausencia de signos inflamatorios en pruebas de imagen dificulta aún más la aproximación diagnóstica, siendo

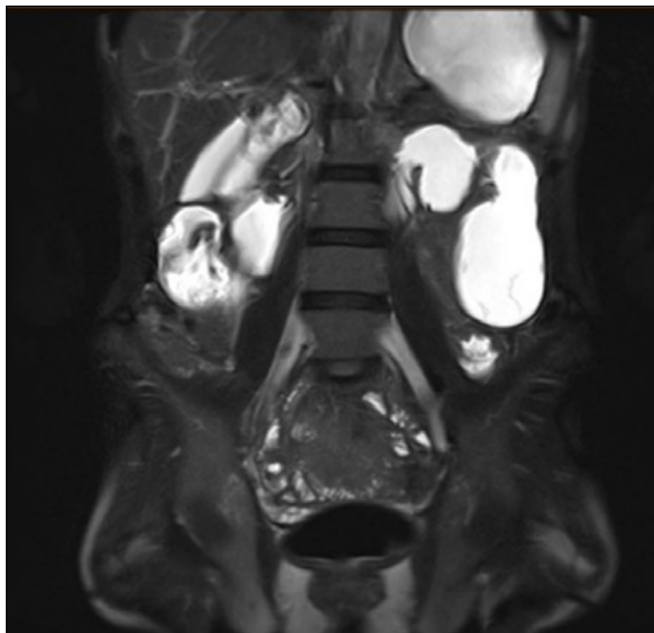


Figura 2. Engrosamiento mural estenosante y asimétrico, con hiperrealce con el contraste, de un corto segmento de asa de yeyuno de alrededor de 8 cm en flanco izquierdo, sin cambios inflamatorios adyacentes.

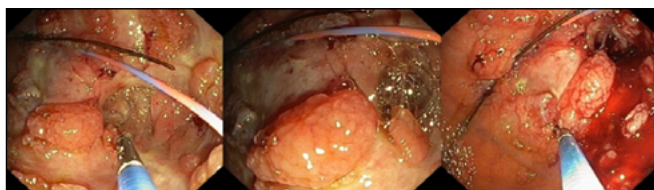


Figura 3. Estenosis de aspecto neoplásica infranqueable, ulcerada y mamelonada a nivel de yeyuno proximal, muy friable a la toma de múltiples biopsias.

fundamental un abordaje multidisciplinar. La enteroscopia resulta esencial en este escenario, al permitir obtener muestras histológicas de un segmento difícilmente accesible por otras vías y orientar el diagnóstico diferencial. En este caso, aunque la indicación quirúrgica se basó en la sospecha de neoplasia, la cirugía permitió confirmar la enfermedad de Crohn y resolver la estenosis. El Crohn de localización alta se asocia a mayor riesgo de complicaciones y necesidad de cirugía, por lo que la detección precoz y el manejo individualizado resultan fundamentales.

CP-042. APLICACIÓN ENDOSCÓPICA DE VERDE INDOCIANINA COMO GUÍA EN LA LINFADENECTOMÍA ONCOLÓGICA DIGESTIVA

Molina Cortés P, Lecuona Muñoz M, Fernández Cano MC, Redondo Cerezo E

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

Introducción

El verde de indocianina (ICG) permite la visualización en tiempo real del drenaje linfático durante la cirugía, siendo útil en tumores colorrectales y esofagogástricos. Presentamos un

caso de inyección endoscópica de ICG peritumoral previo a la linfadenectomía quirúrgica en una neoplasia esofágica distal estenosante.

Caso clínico

Varón de 60 años con adenocarcinoma esofágico Siewert tipo I T3N1M0 (**Figura 1**). Completó quimioterapia neoadyuvante, y tras la realización de PET-TAC, se programó esofagectomía subtotal con plastia gástrica y linfadenectomía, por abordaje robótico. El día previo se realizó gastroscopia con inyección submucosa peritumoral de ICG (**Figura 2**), 1,25 ml en cada cuadrante, sin incidencias. Durante la cirugía, empleando fluorescencia, se identificó el trayecto linfático tumoral, lo que permitió un mapeo intraoperatorio. Se realizó linfadenectomía con extirpación de 17 ganglios, sin evidencia de afectación metastásica.



Figura 1. Adenocarcinoma esofágico Siewert tipo I.

Discusión

ICG es un colorante tricarbocianina aniónico, con propiedades de absorción y fluorescencia en el espectro del infrarrojo cercano (700–800 nm) habitualmente empleada en el momento intraoperatorio, con el objetivo de facilitar la identificación ganglionar previo a la linfadenectomía. La inyección endoscópica preoperatoria que describimos en este paciente es una técnica de reciente implementación con evidencia creciente desde 2023.

La gastroscopia debe realizarse 24 horas antes de la cirugía para maximizar la fluorescencia, y aunque algunos factores (como la neoadyuvancia, el carácter estenosante del tumor, la obesidad o las variaciones anatómicas) pueden condicionar su efectividad,



Figura 2. Inyección submucosa peritumoral de ICG, 1,25 ml en cada cuadrante.

representa una técnica endoscópica mínimamente invasiva que facilita la linfadenectomía en pacientes sometidos a cirugía oncológica digestiva.

CP-043. GIST GÁSTRICO: DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO POCO CONVENCIONAL.

Rodríguez Sánchez A, Galván Fernández MD, Rodríguez-Tellez M, Ruiz Bataller C, Teomiro Custodio C, Fernández Medina GL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia mesenquimal más frecuente del tubo digestivo, siendo el estómago el órgano más frecuentemente afectado. Sin embargo, dado su origen subepitelial, son tumores muy indolentes que no suelen producir sintomatología hasta alcanzar gran tamaño o presentar complicaciones en forma de dolor, sangrado o perforación, lo que dificulta su diagnóstico precoz. Además, dada su localización, el papel diagnóstico de la endoscopia convencional es muy limitado, teniéndose que recurrir en la mayoría de ocasiones a técnicas invasivas como la biopsia de aguja gruesa (BAG) a través de ecoendoscopia o incluso a laparotomía exploradora.

Caso clínico

Mujer de 75 años ingresa por epigastralgia, fiebre y síndrome constitucional. Se realiza TAC abdominopélvico urgente, que describe una gran masa exofítica de hasta 17,8 cm, heterogénea, con áreas de necrosis, infiltración de partes blandas adyacentes y posible perforación contenida, que, posteriormente descartada en TAC de control, además de una lesión de 15mm en segmento VII hepático sugestiva de metástasis. Ante estos hallazgos, se realiza una gastroscopia que objetiva una imagen de compresión extrínseca a nivel de cuerpo alto/fundus con un orificio central ulcerado, excavado y con restos de fibrina. Esto permitió que se pudieran tomar biopsias más profundas y obtener así material submucoso representativo. La anatomía patológica fue concluyente para GIST gástrico (CD117, DOG1 y CD34+) y la paciente fue derivada a Oncología. Actualmente, se encuentra en seguimiento por su parte con imatinib 400mg/24h.

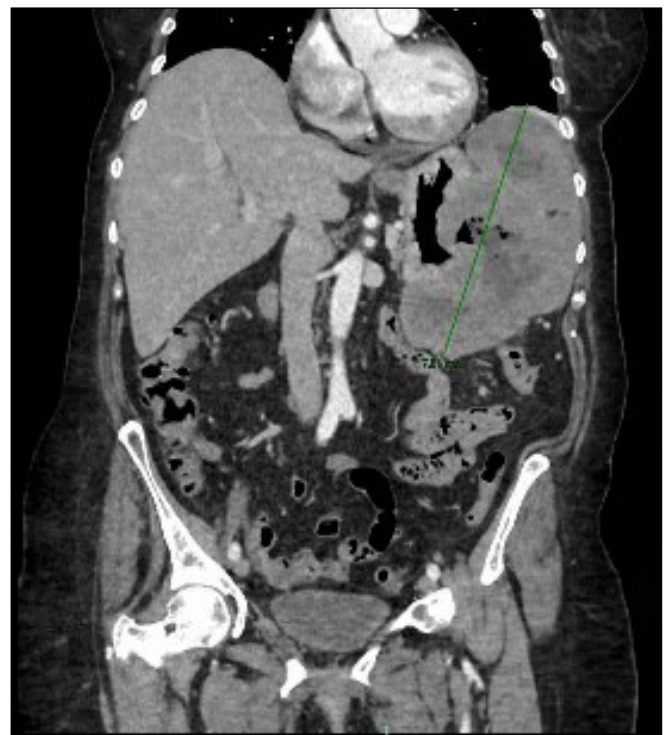


Figura 1. Corte coronal en TAC abdominopélvico: lesión subepitelial compatible con GIST gástrico.

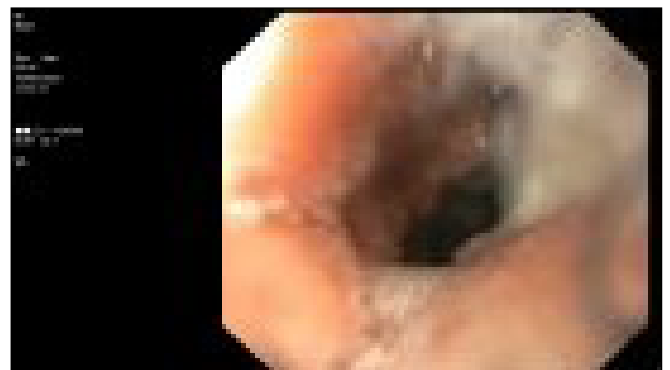


Figura 2. Orificio fistuloso sobre el que se tomaron biopsias.

Discusión

Este caso ilustra una situación muy poco habitual: la existencia de un trayecto fistuloso que permitió acceder a tejido submucoso representativo durante una endoscopia convencional, posibilitando así el diagnóstico histológico definitivo de GIST gástrico sin tener que recurrir a procedimientos diagnósticos invasivos. La obtención temprana de la muestra permitió el inicio precoz de tratamiento dirigido con imatinib, subrayando la importancia de adaptar la estrategia diagnóstica a las particularidades de cada paciente y de mantener un alto índice de sospecha ante hallazgos endoscópicos atípicos.

CP-044. COMPLICACIONES POST-CPRE: PERFORACIONES.

Al Mahairi Martin M, Parra Lopez B, Gomez Junquera J, Rubio Enrile C, Bikkuzina Nasykova A, Rubio Herrero A, Torres Saavedra M, Cano De La Cruz JD

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) es un procedimiento invasivo ampliamente utilizado en la práctica diaria de todo especialista en digestivo. No obstante, no está exenta de riesgos. Aproximadamente, 1 de cada 6 pacientes presenta una estancia hospitalaria inesperada tras la CPRE, de las cuales aproximadamente un 0.6% se deben a perforaciones, siendo una complicación rara, pero potencialmente mortal. Por ello, debe de ser una prioridad conocer estos efectos adversos para mejorar la prevención, reconocimiento y manejo precoz.

Caso clínico

Mujer de 80 años, diagnosticada de adenocarcinoma vesicular localmente avanzado que infiltra bulbo duodenal, se solicita CPRE para drenaje de vía biliar. Durante el procedimiento, se produce perforación de la pared duodenal que se cierra con 7 clips (Stapfer tipo I). Se realiza TC abdominal urgente que confirma neumoperitoneo sin líquido libre (Figura 1). Se interconsulta con cirugía que, ante datos de mal pronóstico y diagnóstico de carcinoma, decide manejo conservador con antibioterapia, SNG y analgesia. En pruebas de imágenes posteriores, se forman colecciones retroperitoneales (Figura 2) y, finalmente, la paciente fallece.

Mujer de 59 años, diagnosticada de coledocolitiasis, se realiza CPRE donde se canula conducto pancreático y se coloca prótesis. Se reintentó canalizar la vía biliar y durante la maniobra se produce la perforación (Stapfer tipo III). Se realiza TC abdominal urgente donde se evidencia neumoperitoneo, retroneumoperitoneo y neumomediastino con mínima cantidad de líquido libre (Figura 3). Se consulta con cirugía que, tras mala evolución con manejo conservador, indican cirugía urgente. En esta se observan datos de pancreatitis necrotizante sin evidenciar perforación para suturar, se realiza lavados de la cavidad dejando drenajes.

La paciente aún se encuentra en unidad de cuidados intensivos manteniendo estabilidad clínica.

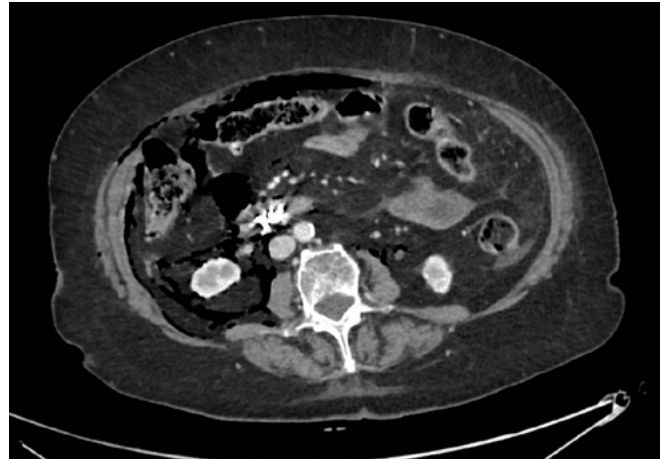


Figura 1. Corte transversal de TC abdominal donde se observa neumoperitoneo y clips metálicos en tercera porción duodenal.



Figura 2. Corte transversal de TC abdominal y se evidencia colecciones retroperitoneales confluyentes localizadas en ambos espacios pararenales posteriores con extensión a pelvis.



Figura 3. Corte axial de TC abdomen con contraste oral donde se observa neumoperitoneo, prótesis pancreática y aumento de atenuación en la grasa peripancreática con realce del parénquima pancreático, bien perfundido. También se objetiva líquido libre intraperitoneal. No se evidencia extravasación de contraste.

Discusión

La clasificación de Stapfer cataloga las perforaciones post-CPRE según el lugar y el mecanismo que la causa. El tipo I, como el primer caso, se producen sobre la pared duodenal y se deben al endoscopio en sí durante las maniobras de rotación antihoraria. Alteraciones de la pared duodenal como la infiltración tumoral o cirugías previas son factores de riesgo para la perforación. El tipo II corresponde con perforaciones periampular durante la esfinterotomía. El tipo III se produce por la instrumentación produciendo perforación distal en el conducto biliar o pancreático. Las tipo IV se corresponden con la presencia de aire retroperitoneal sin colección.

Se recomienda el cierre de las perforaciones mediante técnicas endoscópicas durante el procedimiento. También es necesario realizar interconsulta con el equipo de cirugía para realizar un manejo interdisciplinario y precoz del paciente.

CP-045. EL PAPEL DE LA ENDOSCOPIA COMO ALTERNATIVA SEGURA A LA CIRUGÍA URGENTE EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA.

Ruiz Bataller C, García De La Borbolla Serres J, Rodríguez Sánchez A, López Muñoz M, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La obstrucción intestinal secundaria a neoplasia colorrectal estenosante representa una urgencia digestiva frecuente con alta morbimortalidad. En este contexto, la cirugía de urgencia ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección, aunque se asocia a elevada tasa de colostomía, complicaciones postoperatorias y prolongada recuperación, especialmente en pacientes con enfermedad metastásica avanzada y estado general deteriorado. La identificación de estrategias terapéuticas menos invasivas y seguras resulta fundamental para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Caso clínico

Varón de 61 años, fumador y bebedor crónico, con antecedente de tumor testicular intervenido, que ingresa para estudio por síndrome constitucional (pérdida de 13 kg), estreñimiento progresivo y dolor abdominal. Se realiza tomografía abdominal computarizada (TC) que evidencia lesiones hepáticas y óseas múltiples compatibles con enfermedad metastásica y un segmento estenosante en sigma distal, sugestivo de neoplasia subyacente (Figura 1). Durante el ingreso desarrolla cuadro de obstrucción intestinal con distensión y dolor abdominal refractario a analgesia, ausencia de tránsito y asas colónicas dilatadas en prueba de imagen. Es valorado por cirugía general descartando indicación quirúrgica urgente por estabilidad clínica del paciente. Finalmente, se realiza colonoscopia objetivando lesión neoplásica estenosante a 20 cm del margen anal, que afecta el 100% de la circunferencia. Dada la clínica incapacitante y los hallazgos endoscópicos, se procedió a colocación de

prótesis metálica no recubierta autoexpandible (25 × 120 mm) (Figuras 2 y 3) logrando la descompresión colónica inmediata con emisión espontánea de heces semilíquidas, mejoría clínica significativa y evolución favorable del paciente.

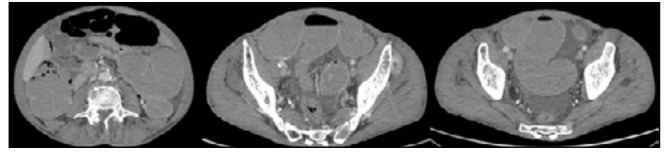


Figura 1. Asas colónicas dilatadas y estenosis a nivel de sigma distal, hallazgos sugestivos de neoplasia colorrectal.

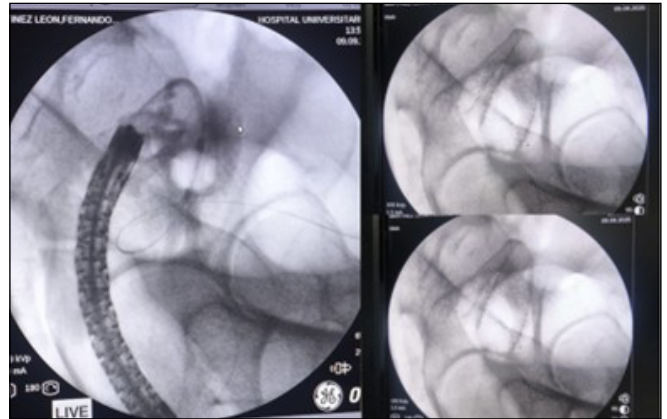


Figura 2. Fluoroscopia intraoperatoria que muestra la colocación de prótesis metálica autoexpandible en sigma distal tras guiado con balón de Fogarty y contraste proximal.

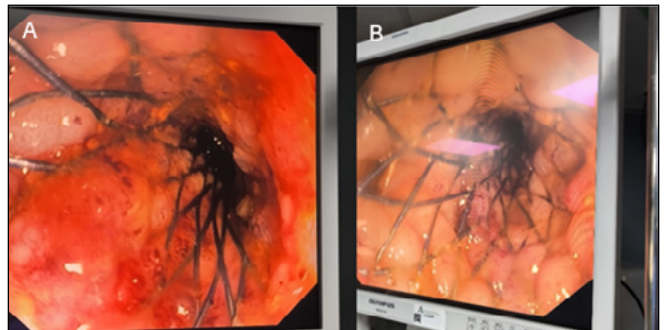


Figura 3. Colocación de prótesis metálica autoexpandible en lesión tumoral. A) Avance de la prótesis a través del segmento afectado. B) Expansión completa con recuperación del calibre luminal.

Discusión

El tratamiento de la obstrucción colónica con prótesis metálicas autoexpandibles constituye una alternativa terapéutica eficaz y segura en pacientes con neoplasia colorrectal avanzada. Este abordaje permite restaurar el tránsito de forma inmediata, evita intervenciones quirúrgicas urgentes de alta morbilidad, reduce la necesidad de estomas de descarga y optimiza la continuidad del tratamiento oncológico. Refleja, además, la evolución hacia estrategias mínimamente invasivas que priorizan la calidad asistencial incluso en escenarios oncológicos complejos.

CP-046. HERNIA PARAESOFÁGICA INCARCERADA: ROL DE LA ENDOSCOPIA ANTE CIRUGÍA URGENTE.

Vergara Ramos J, Bernal Torres Á, Pérez Monzú A, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

La hernia paraesofágica incarcerada constituye una urgencia quirúrgica poco frecuente pero potencialmente grave, asociada a riesgo de isquemia, perforación y obstrucción. El tratamiento de elección es la reducción quirúrgica urgente, preferentemente por vía laparoscópica, siempre que la situación clínica del paciente lo permita.

En pacientes estables, la endoscopia digestiva alta (EDA) puede contribuir significativamente al manejo preoperatorio, mediante descompresión gástrica, aliviando la distensión, y por tanto reduciendo el riesgo de isquemia y perforación. Además, permite la valoración de la mucosa, aspectos fundamentales para planificar el abordaje quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedentes de funduplicatura de Nissen recidivada en forma de hernia de hiato. Acude a urgencias por dolor epigástrico intenso con escasa respuesta a analgesia. La analítica no mostró alteraciones relevantes. Se realiza tomografía computarizada (TC) urgente que evidencia hernia hiatal recidivada sin signos claros de complicación.

Ante la persistencia de una clínica tan florida, y tras valoración conjunta entre Cirugía General y Aparato Digestivo, se realiza endoscopia oral diagnóstica urgente.

En la endoscopia se identifica un gran saco herniario en esófago distal, con ulceraciones superficiales. Al penetrar en el saco, se observa abundante contenido hemático y extensas áreas de necrosis en fundus y cuerpo gástrico (Figura 1-3). Ante estos hallazgos, se realiza intervención quirúrgica urgente en el mismo acto, practicándose gastrectomía vertical (Figura 4-5).

Discusión

La recidiva de una hernia hiatal tras funduplicatura puede tener un componente mixto: por deslizamiento y paraesofágico, presentando mayor riesgo de complicación en forma de incarceration por la existencia del rodete de funduplicatura.

La hernia hiatal incarcerada es una complicación poco frecuente que requiere de una gran sospecha clínica para su diagnóstico. Las herramientas diagnósticas incluyen la TC, útil para identificar signos de complicación como la presencia de neumoperitoneo entre otros. Además, la elevación de reactantes de fase aguda y de lactato deshidrogenasa (LDH), puede sugerir isquemia tisular en fases iniciales.

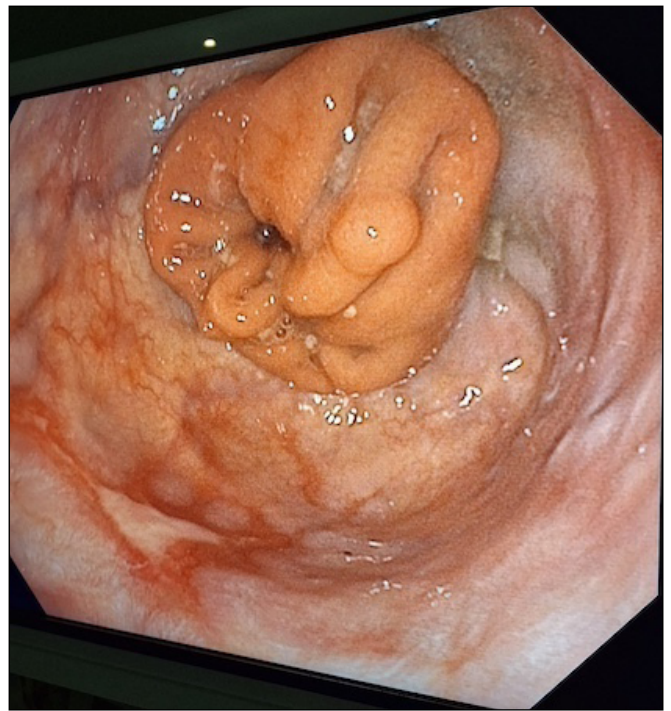


Figura 1. Imagen endoscópica de esófago distal y saco herniario con signos de isquemia.

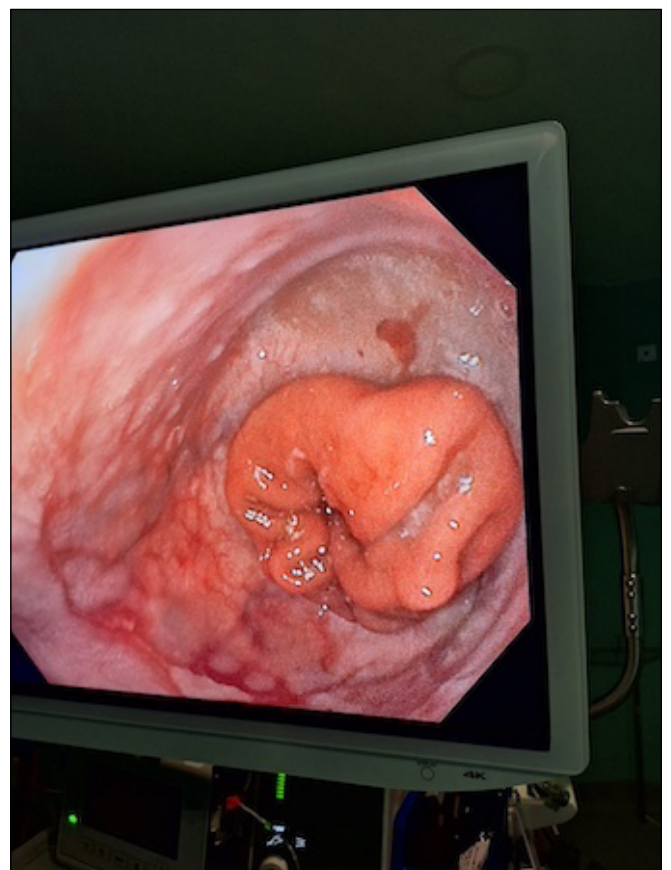


Figura 2. Imagen endoscópica de esófago distal y saco herniario con signos de isquemia.

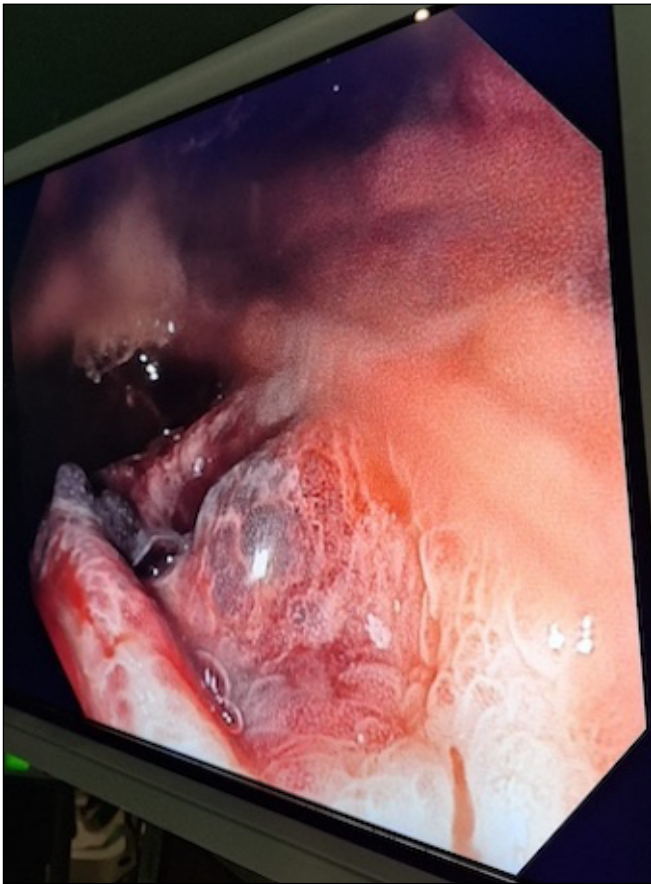


Figura 3. Imagen endoscópica donde se aprecia importantes signos isquémicos en la mucosa del fundus gástrico.

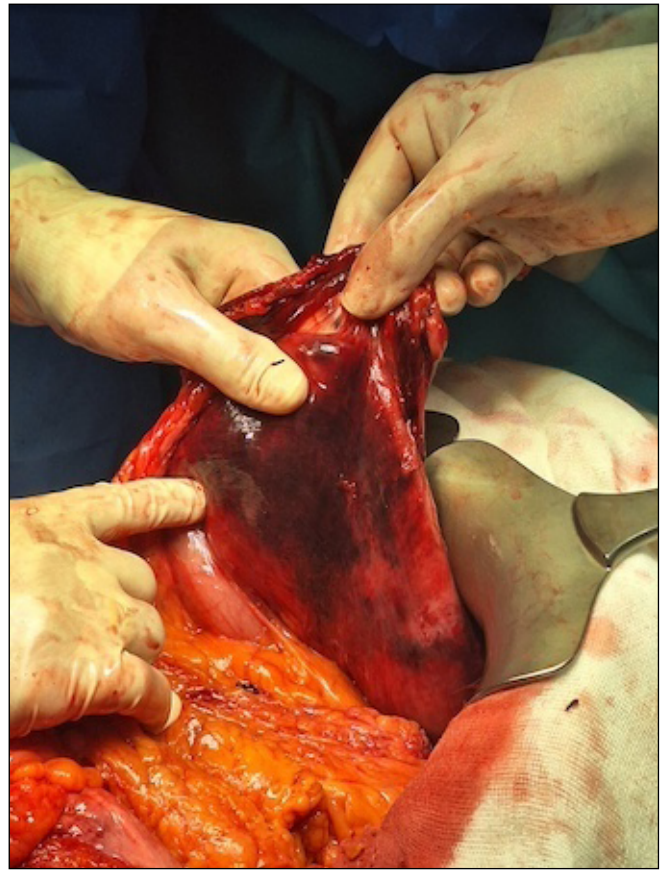


Figura 5. Identificación de la magnitud del daño isquémico en fundus y cuerpo gástrico generado por hernia paraesofágica incarcerationada.

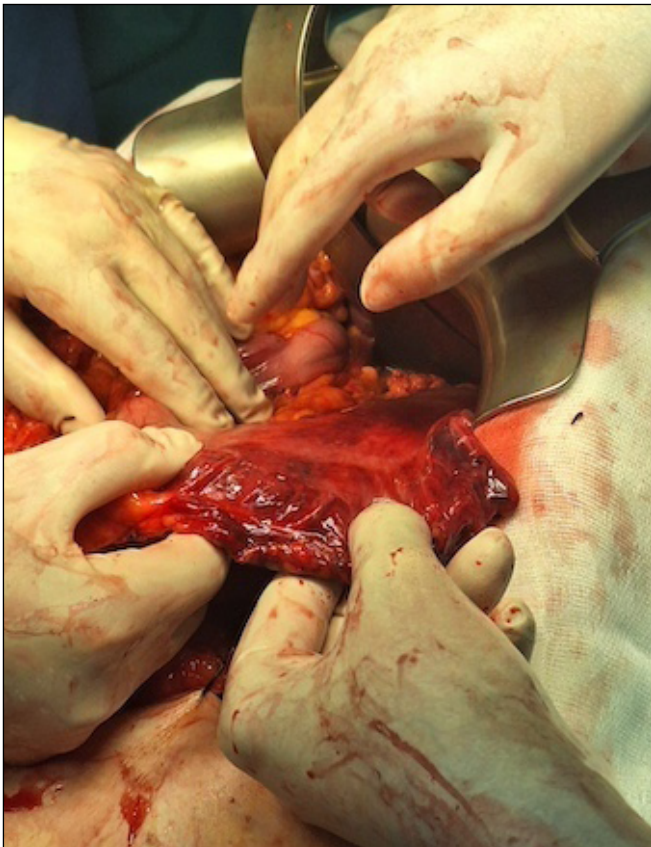


Figura 4. Imagen de intervención quirúrgica urgente, donde se identifica parte del cuerpo y fundus gástrico con lesiones isquémicas.

La EDA, aunque en la mayoría de los casos carece de utilidad terapéutica, tiene gran importancia diagnóstica en los casos dudosos. Permite la visualización directa de la mucosa y la detección precoz de necrosis, contribuyendo a una decisión quirúrgica temprana.

En este caso, la EDA resultó decisiva para confirmar el compromiso isquémico gástrico, permitiendo una intervención quirúrgica inmediata y eficaz dentro de un enfoque multidisciplinar.

CP-047. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A FÍSTULA RECTAL QUE CONECTA COLECCIÓN PÉLVICA, UN HALLAZGO INESPERADO

Parra López B, Alonso Belmonte C, Rubio Enrile C, Diego Martínez R, Cano De La Cruz JD, Nasykova A, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La hemorragia digestiva baja (HDB) representa una causa frecuente de hospitalización en Aparato Digestivo. Entre sus causas: la enfermedad diverticular, angiodisplasias, neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica o complicaciones postradioterapia. Su manejo inicial requiere evaluación clínica, analítica y hemodinámica del paciente y

estudios endoscópicos, angiográficos o quirúrgicos en función de la causa y gravedad del cuadro. En casos puntuales, la causa del sangrado digestivo no se beneficia de una terapéutica específica, lo que obliga a un manejo holístico.

Caso clínico

Varón de 88 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata tratado con radioterapia y hormonoterapia, y adenocarcinoma de ciego resecado mediante hemicolectomía. Como complicaciones, desarrolló perforación rectal por proctitis actínica que requirió sutura colónica, colostomía terminal y exclusión del rectosigma.

Acude a urgencias por rectorragia de días de evolución, asociando dolor pélvico y anal, y amenización en rango transfusional. Tras conseguir estabilidad del paciente se cursa ingreso hospitalario para vigilancia y realización de estudio etiológico. Se realiza colonoscopia a través del tracto rectosigmoideo excluido, apreciándose divertículos sin signos de sangrado. En retirada, a nivel de recto distal, se aprecian abundantes restos hemáticos y coágulos que se lavan y aspiran, visualizándose un orificio fistuloso de gran tamaño que comunica con una gran cavidad con tejido necrótico que presenta estigmas de sangrado. Se completa estudio con TC de abdomen, que describe una gran colección pélvica que se extiende a la musculatura obturadora y a sínfisis de pubis, que fistuliza a recto sin signos de hemorragia activa. Pasados unos días el sangrado se autolimita y se decide drenaje de la colección, aislándose *Pseudomona aeruginosa* e iniciándose tratamiento antibiótico dirigido. Sin embargo, el paciente vuelve a presentar rectorragia con inestabilidad hemodinámica precisando embolización de la arteria glútea media tras evidenciarse sangrado activo en AngioTC urgente. A pesar del manejo médico y radiológico instaurado, el cuadro recurre. Se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica interna, y dado que el tratamiento endoscópico no podía resolver el cuadro, junto con las comorbilidades del paciente, se decide un enfoque y seguimiento paliativo.

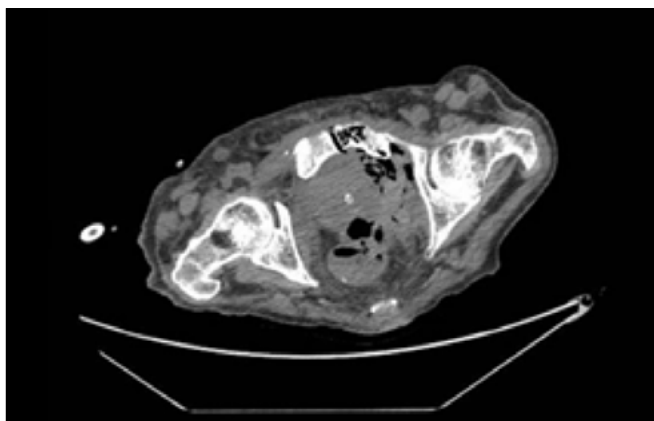


Figura 1. Corte transversal de TC de abdomen con hallazgos de colección pélvica que fistuliza a nivel de recto distal, con extensión a musculatura obturadora y a sínfisis de pubis, que cruza la línea media hacia obturador externo derecho.

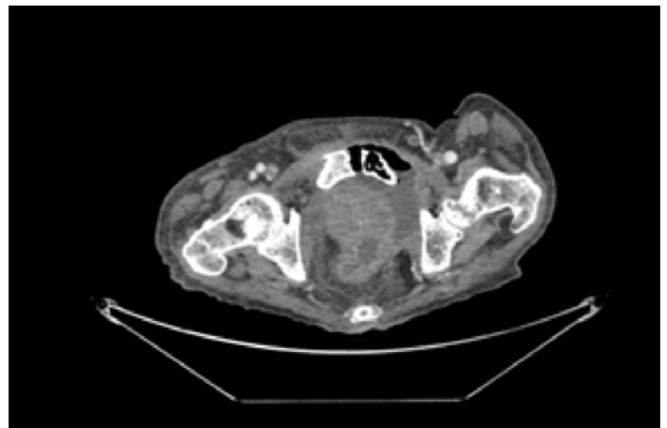


Figura 2. Corte transversal de TC de abdomen con hallazgos de colección pélvica ya descrita anteriormente sin signos de sangrado activo.

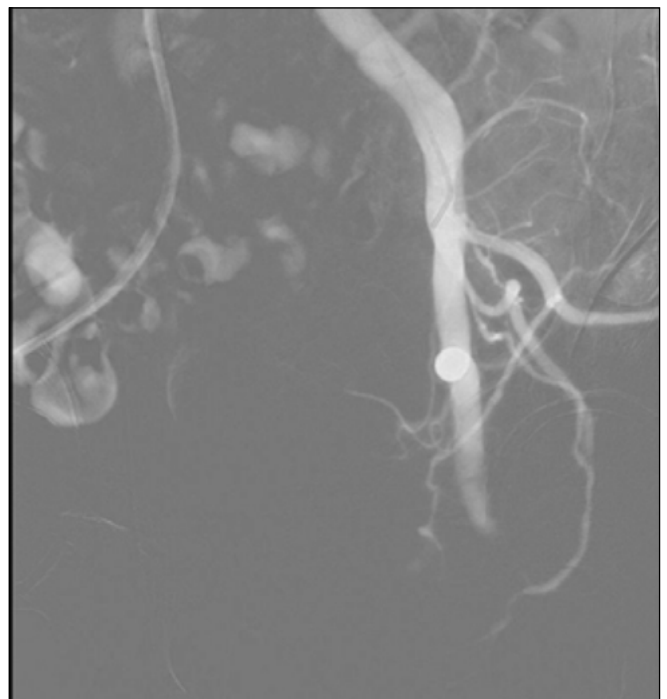


Figura 3. Imagen de radioscopia intervencionista tras embolización de rama de Arteria Glútea Media, dependiente de Arteria Hipogástrica izquierda.

Discusión

La radioterapia es una causa conocida de fístulas intestinales tardías, pero la presencia de una gran colección y su manifestación como HDB es infrecuente. La endoscopia debido a la localización, tamaño y naturaleza de la lesión no permitía un tratamiento definitivo.

Ante la edad del paciente y sus comorbilidades se opta por un manejo conservador y paliativo, haciendo hincapié en el abordaje multidisciplinar y holístico del paciente complejo.

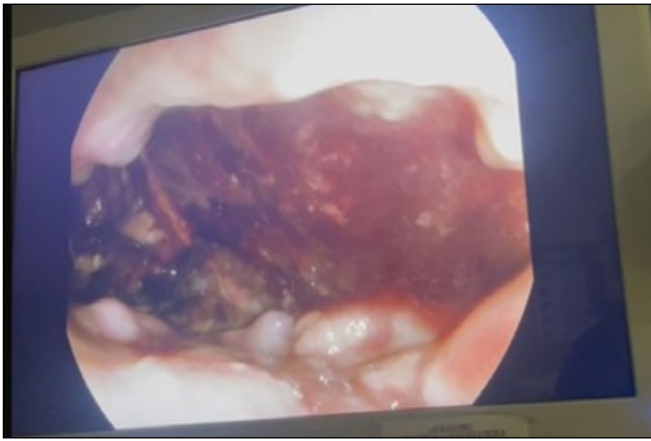


Figura 4. Imagen de endoscopia digestiva baja donde se evidencia gran colección pélvica que fistuliza a nivel de recto distal con restos de hemo reciente.

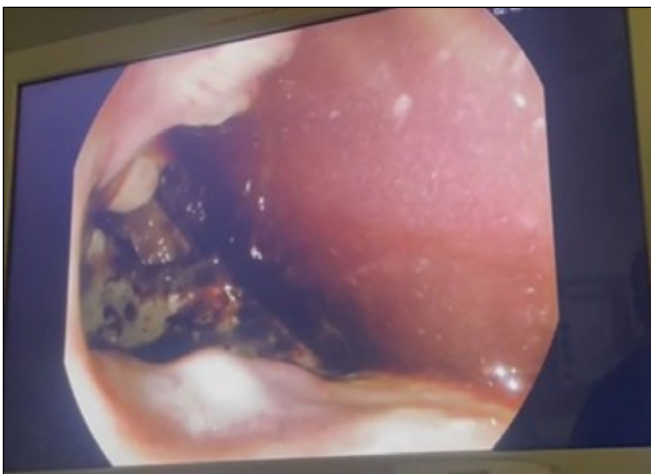


Figura 5. Imagen de endoscopia digestiva baja donde se aprecia abundante hemo al inicio de la exploración, que justifica el cuadro clínico del paciente.

CP-048. LINFOMA FOLICULAR DUODENAL: CAUSA INFRECUENTE DE ANEMIA CRÓNICA.

Rodríguez Sánchez A, Galván Fernández MD, Boyero Moreno P, Fernández Medina GL, Ruiz Bataller C, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

El linfoma folicular es uno de los linfomas no Hodgkin más frecuentes; sin embargo, su afectación primaria en el tracto gastrointestinal es muy poco común, representando en torno al 1-3 % de todos los linfomas digestivos. La localización más frecuentemente afectada suele ser la segunda porción duodenal, adyacente a la ampolla de Váter, y el curso clínico por lo general es muy indolente. Esto se traduce en un retraso diagnóstico y, secundariamente, un tratamiento tardío con la negativa repercusión que conlleva.

Caso clínico

Mujer de 68 años con antecedente familiar de primer grado de linfoma de Hodgkin. Es remitida para realización de gastroscopia por anemia ferropénica de larga evolución sin otra sintomatología de interés. En ella se evidencia a nivel de segunda porción duodenal, en la región periampular, una lesión protruyente de mucosa infiltrativa de la que se tomaron múltiples biopsias. El estudio histológico confirmó que se trataba de un linfoma folicular de bajo grado de células B, con positividad para BCL2 confirmada mediante hibridación fluorescente in situ (FISH). Posteriormente, se realiza estudio de extensión mediante TAC cérico-toraco-abdomino-pélvico sin evidencia de afectación extraduodenal, clasificándose como linfoma folicular duodenal primario en estadio IA. La paciente fue derivada a Hematología, donde se decide tratamiento radioterápico.



Figura 1. Lesión protruyente adyacente a la ampolla de váter.

Discusión

Este caso pone de relieve la importancia de considerar el linfoma folicular en el diagnóstico diferencial de lesiones duodenales, incluso en pacientes con síntomas tan inespecíficos como la anemia ferropénica crónica. Dado su comportamiento indolente, las lesiones pueden pasar desapercibidas durante años, de modo que la realización de una endoscopia exhaustiva con toma de biopsias dirigidas es crucial para un correcto diagnóstico precoz. Identificar la enfermedad en fases iniciales, como en este caso, permite ofrecer opciones terapéuticas con intención curativa, como la radioterapia localizada, mejorando así el pronóstico a largo plazo de forma significativa.