

XXVIII REUNIÓN INTERHOSPITALARIA ANDALUZA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. OSUNA 2008.

CO1. ABSCESO SUBFRÉNICO FISTULIZADO A BULBO DUODENAL

Abraldes Bechiarelli A., Correro Aguilar F., Rodríguez Ramos C., Rendón Unceta P., Sánchez Cazalilla M., Santamaría Rodríguez G.

HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

El absceso subfrénico es una complicación conocida de la colecistectomía, fundamentalmente en los casos con colecistitis añadida. Suele manifestarse en el postoperatorio inmediato aunque también se han descrito casos de evolución crónica.

Caso endoscópico

Varón de 70 años sometido a colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda hacía dos años. Presentaba un cuadro de fiebre intermitente de varios meses de evolución, en cuyo estudio se detectó mediante TAC una colección subfrénica de paredes calcificadas que se interpretó como hematoma evolucionado. Tras presentar vómitos en posos de café y epigastralgia se realizó endoscopia que mostró un orificio en cara antero-inferior del bulbo duodenal por el que drenaba abundante contenido purulento, siendo la mucosa adyacente normal. En una ecografía abdominal se observa una colección subfrénica de pared gruesa de 65 x 30 mm y una TAC puso de manifiesto una comunicación de la colección con el bulbo duodenal. Se trató inicialmente mediante antibioterapia y drenaje percutáneo, que no resultó efectivo. La inyección de contraste por el catéter permitió delimitar claramente el absceso y el recorrido fistuloso. El paciente fue intervenido quirúrgicamente desbridándose el absceso y la fistula, sin que se presentasen complicaciones.

Comentarios

La perforación de una úlcera duodenal está descrita como causa de absceso subfrénico, pudiendo existir además una fistula entre el absceso y el duodeno. Sin embargo en nuestro caso parece que se produjo la fistulización de un absceso subfrénico crónico a bulbo duodenal, como lo apoyaría la visión endoscópica de una mucosa normal adyacente al orificio fistuloso.

CO2. ENDOSCOPIA ULTRAFINA PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA NASOENTERAL EN PACIENTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA

Rodríguez Perálvarez M.L., Cerezo Ruiz A., Castillo Molina L., Gálvez Calderón C., González Galilea Á., Hervás Molina A., García Sánchez V., Naranjo Rodríguez A., de Dios Vega J.F.

HOSPITAL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Existen varias alternativas a la aplicación ciega para la ubicación de la sonda de alimentación nasoenteral. La colocación por vía endoscópica (endoscopia convencional) es una de las más utilizadas por su rapidez, seguridad y tasa de éxito, aunque puede resultar laboriosa. La utilización de un endoscopio ultrafino transnasal mediante la técnica de Seldinger permite la aplicación de la sonda con éxito en pacientes en los que no se logra su introducción por la técnica ciega o cuando existen alteraciones anatómicas como estenosis en tracto digestivo superior.

Caso clínico

Enfermo de 77 años de edad intervenido de adenocarcinoma de recto con radioterapia preoperatoria y quimioterapia adyuvante. Tres años más tarde aparecieron dos metástasis pulmonares y se procedió a su resección. Se produjo, con posterioridad, invasión mediastínica. Al año de este evento el paciente presentó disfagia progresiva a sólidos con grave desnutrición consecuyente. La endoscopia mostró una infiltración mucosa por la masa mediastínica y estenosis en esófago distal (unos 5 mm de luz). Por ello se procedió a la aplicación de una sonda de nutrición nasogástrica con la ayuda de un endoscopio ultrafino transnasal (vídeo).

Comentarios

La endoscopia ultrafina pretende mejorar la tolerancia del paciente y obviar la sedación consciente sin disminuir la calidad de la exploración. Permite además evitar el intercambio oronasal necesario en la endoscopia convencional. En nuestro medio, esta técnica se ha utilizado además para la colocación de sondas de alimentación nasoenteral en pacientes con imposibilidad de colocación por la vía habitual, con estenosis esofagogástricas (como en nuestro caso) y con síndrome de obstrucción al vaciamiento gástrico de forma exi-

tosa, segura y con relativa facilidad.

CO3. COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA (CEP) DIAGNOSTICADA COMO ETIOLOGÍA DE UNA CIRROSIS HEPÁTICA

Gómez E., Garzón M.¹, García de Paso J., Martínez-Alcalá F., Gómez L., Garrido A., Belda O., Márquez J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. HOSPITAL DE ÉCIJA¹.

Introducción

La CEP es una enfermedad colostásica crónica que produce inflamación y fibrosis tanto de la vía biliar intra y/o extrahepática, pudiendo culminar en el desarrollo de una cirrosis biliar.

Caso clínico

Varón de 40 años diagnosticado por su Médico de Zona de Síndrome de Gilbert desde la adolescencia en base a episodios transitorios de ictericia. Acude a otro centro por prurito, ictericia y coluria de unos meses de evolución. La analítica mostraba elevación de las enzimas de hepatolisis y sobre todo colostasis con bilirrubina de 7 mg/dl. El estudio de despistaje de hepatopatía fue negativo, y una ECO, TAC y Colangio-RMN revelaron datos de hepatopatía crónica con HPT portal; se realizó una biopsia hepática que mostró una cirrosis macronodular, pero tras la misma presenta ictericia progresiva con bilirrubina que llega a 55 mg/dl por lo que se traslada a nuestro centro. Se repite colangio-RMN: hepatopatía crónica con datos de HPT portal, trombosis de la vena porta y colaterales venosas que improntan en colédoco pudiendo ser la causa de la obstrucción. CPRE: estenosis regular y simétrica de colédoco retropancreático, con irregularidades de ramas biliares secundarias sugerentes de CEP. Se coloca prótesis plástica de 7 F que migra y se coloca una nueva 48 horas después. Evoluciona favorablemente con disminución de la ictericia, se añade ácido ursodesoxicólico, se realiza tránsito intestinal y colonoscopia que son normales y un mes más tarde se coloca prótesis metálica definitiva, siendo el valor de bilirrubina actual de 5 mg/dl.

Discusión

Aproximadamente el 20% de los pacientes con CEP se diagnostican en fase de cirrosis hepática. La CEP no asociada a enfermedad inflamatoria intestinal suele diagnosticarse en estadios más avanzados, a mayor edad y con predominio de afectación del árbol biliar extrahepático como el caso de nuestro paciente.

CO4. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Benítez Rodríguez B., Rodríguez Sicilia M.J., Hergueta Delgado P., Pellicer Bautista F., Herrerías Gutiérrez J.M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Se trata de un varón de 53 años de edad que padece distrofia miotónica de Steiner de larga evolución con afectación de la musculatura faríngea y varios ingresos por infecciones respiratorias al que tras ingreso por insuficiencia respiratoria global de carácter restrictivo y dificultad para la alimentación se decide la realización de gastrostomía. La gastrostomía se practica con sonda de gastrostomía tipo Kimberly-Clark de 20 F y tope tipo cono mediante control endoscópico sin complicaciones inmediatas, asimismo se administra profilaxis antibiótica con Augmentine 1 g iv/8 horas. Un día después de practicar la gastrostomía se observa alrededor del orificio de ostomía una zona eritematosa, alargada, de 5x1 cms, similar a una quemadura superficial. Al cabo de cuatro días la lesión se vuelve de color oscuro, con un halo eritematoso, de unos 4x2 cms con hiperestesia al tacto y sin crepitación.

Ante la sospecha de fascitis necrotizante se procede a cultivo aspirado de la zona necrótica, así como a la realización de TAC abdomen y se inicia antibioterapia empírica con Imipenem 500 mg/6 horas y se retrasa a alimentación por sonda de gastrostomía. En TAC de abdomen se aprecia aumento de la densidad y engrosamiento mal definido de la musculatura y grasa de la pared abdominal anterior y anterolateral izquierda que se extiende 7-8 cms sin extensión intraperitoneal. Se procede posteriormente a desbridamiento bajo anestesia local del tejido necrótico, que se extiende desde grasa hasta aponeurosis del músculo recto anterior. En el cultivo de la herida se aísla *Proteus Mirabilis* por lo que se cambia la antibioterapia a Ciprofloxacino y Flagyl. La evolución de la herida fue hacia recuperación progresiva permitiendo a los 20 días de colocar la PEG la nutrición por sonda de gastrostomía con buena tolerancia.

La fascitis necrotizante es una complicación muy infrecuente (1-2%) de la PEG con una mortalidad del 30-50%. Entre los factores predisponentes a su aparición están la diabetes mellitus, la inmunosupresión y la obesidad. La clínica se caracteriza por eritema e induración a nivel de estoma así como enfisema subcutáneo. Los gérmenes más frecuentemente implicados son estreptococos, coliformes y anaerobios. El tratamiento consiste en desbridamiento quirúrgico y antibioterapia de amplio espectro.

Entre las medidas para prevenir la infección de la herida de gastrostomía están las medidas generales de asepsia, la incisión de la piel de unos 2 cms, profilaxis antibiótica (amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de tercera generación), y según algunos autores administración previa de anti-sépticos bucales.

CO5. COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE UN STENT COLÓNICO

Pérez Pastor A., Sánchez Muñoz D., Ortiz Moyano C., Guerrero P., Rodríguez Alonso C., Larraona J.L., Romero M.

UGCED HOSPITAL DE VALME. SEVILLA.

Introducción

Los stent colónicos constituyen uno de los tratamientos de las neoplasias obstructivas de colon. La tasa de éxito tras su colocación es elevada, pero existen complicaciones como migración, obstrucción o perforación. Presentamos el

caso de una complicación infrecuente tras la colocación de un stent de colon.

Caso clínico

Varón de 65 años, diagnosticado de adenocarcinoma de colon descendente en estadio IV que consulta por cuadro de obstrucción intestinal. Se propone tratamiento paliativo con colocación de stent de colon. Se realiza una colonoscopia objetivándose estenosis puntiforme a nivel de colon descendente colocándose stent metálico tipo Wallflex de 120mm x 25mm quedando en posición y sin complicaciones inmediatas. Una semana después el paciente vuelve a consultar por dolor abdominal. A la exploración se objetiva un abdomen distendido y timpánico y la radiografía simple muestra signos de neumoperitoneo. Ante estos datos se sospecha perforación de víscera hueca solicitándose TAC abdominal. Éste muestra el stent metálico colocado en buena posición y fracturado en uno de sus extremos, con invaginación de la pared tumoral a su través como causa de la perforación. El paciente se interviene realizándose una colostomía de descarga.

Comentarios

Las complicaciones más frecuentes tras la colocación de un stent de colon son migración y obstrucción del mismo, así como perforación del colon. La rotura es excepcional. Su mecanismo es desconocido, pero podemos sugerir que la fuerza de compresión constante de las paredes del colon contra una estructura metálica junto con la angulación del stent por su localización (ángulo esplénico) podrían ser las causas principales de la fractura del mismo, sin poder descartar defectos de fabricación. Factores favorecedores serían los movimientos peristálticos del colon y la impactación fecal a ese nivel.

CO6. DEPÓSITO SUBMUCOSO DE MATERIAL DE CONTRASTE RADIOLÓGICO EN COLON: IMAGEN ENDOSCÓPICA.

Sánchez Cazalilla M., Rodríguez Ramos C., Muriel Cueto P.J.¹, Abaldes Bechiarelli A., Santamaría Rodríguez G.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA ¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

Radiológicamente está documentada la adherencia prolongada de los contrastes radiológicos orales a la mucosa intestinal desnuda en casos de enfermedad injerto contra huésped. Sin embargo la imagen endoscópica es poco conocida y menos aún en asociación a otras patologías.

Caso endoscópico

Varón de 77 años diagnosticado de adenocarcinoma de recto inferior tratado mediante quimio-radioterapia neoadyuvante y posterior proctosigmoidectomía con anastomosis colorrectal. En colonoscopias realizadas uno y tres años tras la cirugía se observan múltiples placas blanqueci-

nas de tamaño variable (entre 1 y 5 cm) de borde irregular, planas o discretamente sobre-elevadas localizadas en los 30 cm proximales a la anastomosis. Al biopsiarlas se observa un fondo blanquecino y el estudio anatomopatológico muestra mucosa colónica con agregados focales de macrófagos con pigmento parduzco birrefringente compatible con material de contraste. El paciente se realizó un enema opaco con bario tras la administración del tratamiento neoadyuvante y una TAC a los 6 meses de la intervención.

Comentarios

El mecanismo de la adherencia prolongada del contraste radiológico en casos de afectación ulcerativa del intestino delgado o del colon es desconocido. Se ha descrito en la enfermedad injerto contra huésped, enterocolitis virales y colitis isquémica. El agente implicado es generalmente el sulfato de bario pero también lo han sido otros contrastes orales, como la meglumina. En cualquier caso, la re-epitelización posterior ocasiona la incorporación del contraste a la pared, donde quedará depositado durante largo tiempo.

CO7. DESGARRO TRANSICIONAL EN PACIENTE CON ALTA SOSPECHA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Moreno García A.M., Sánchez Yagüe A., Méndez Sánchez I.M., Sánchez Cantos A.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

Introducción

Presentamos el caso de un paciente varón de 56 años sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Centro por presentar en las últimas 48 horas varias deposiciones melénicas, un vómito en poso de café y cuadro sincopal con pérdida del conocimiento previo al ingreso. Tras estabilización hemodinámica, refiere la toma de un Ibuprofeno 600mg.

En el Hemograma destaca una Hb de 7.2; Hto 22.3%; 175000 plaquetas, coagulación norma, con creatinina 0.87 y urea elevada de 96. Se indica una Esofagogastrosco-
pia Urgente.

Esofagogastrosco- pia

en la introducción del endoscopio bajo visión directa, nos llama la atención un esófago de calibre normal, con un anillado concéntrico muy acentuado, con surcos longitudinales sugestivos de esofagitis eosinofílica. Transición por encima de la impronta diafragmática, apreciando un desgarro transicional de unos 30mm, que deja al descubierto la muscular, con sangrado activo. Procedemos a la colocación de 5 Endoclips, aproximando los bordes recuperando la solución de continuidad, cohibiendo el sangrado. Cavidad gástrica sin lesiones. Píloro centrado y permeable. Bulbo edematizado, con úlcera en cara superior, de 5 mm, fibrinada con punto de hematina en su centro.

Comentarios

El paciente evolucionó favorablemente, no apreciando neumomediastino en las pruebas de imagen tolerando correctamente la dieta al alta, no exteriorizando nuevos signos de sangrado durante el ingreso. En este caso observamos la utilidad de la disposición de Endoclips.

CO8. DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN MODELO EXVIVO: PRIMERA EXPERIENCIA SIN HERRAMIENTAS DEDICADAS.

Sánchez Yagüe A., Rivera Irigoin R., Méndez Sánchez I.M., González Canóniga A., García Fernández G., Sánchez Cantos A.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

La disección endoscópica submucosa es una técnica que permite la resección de lesiones superficiales en el tracto digestivo. La técnica fue desarrollada en Japón inicialmente para el tratamiento del cáncer gástrico precoz pero actualmente se ha descrito su uso a lo largo de todo el tracto gastrointestinal. La descripción inicial hacía referencia a una serie de pasos para su realización y el uso de herramientas dedicadas como la aguja de diatermia con punta insulada (cuyo diseño disminuye el riesgo de perforación). En nuestro medio esta técnica está poco desarrollada por lo que nos propusimos iniciar un protocolo de investigación en estómago de cerdo exvivo. Se preparó el estómago de cerdo sobre una mesa de trabajo. Utilizamos un endoscopio Olympus Q145. Se prepararon 300cc de una mezcla de inyección con suero fisiológico, glicerina al 10%, índigo carmín y adrenalina. Se eligió un área de la pared gástrica para realizar la técnica.

Se procedió al marcado de los bordes de resección con la punta de un asa de polipectomía. Una vez realizado el marcaje se inyectó la mezcla descrita en la submucosa para conseguir la elevación del área a tratar. Una vez elevada se procedió a realizar una incisión con la aguja de diatermia estándar (ya que no disponemos de la aguja con punta insulada). Se completó la resección circunferencial observándose la submucosa teñida con índigo carmín. Se procedió a la resección de la submucosa del área a tratar realizando inyecciones intermitentes de la mezcla descrita para evitar perforaciones. Finalmente se desprendió completamente el área elegida. Se recuperó la pieza. No se produjeron perforaciones.

La limitación fundamental de este experimento ha sido la realización de la técnica sin herramientas dedicadas y la utilización de un modelo exvivo devascularizado que nos impide comprobar la incidencia de hemorragias y practicar su tratamiento.

CO9. DISPEPSIA EVOLUTIVA EN UNA MUJER DE 61 AÑOS

Martínez-Alcalá F., Herrera P., del Castillo F., Gómez L., García de Paso J., Garrido A., Belda O., Márquez J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La etiología neoplásica supone menos del 5% de todas las causas de dispepsia, debiendo ser sospechada cuando se presentan determinados síntomas de alarma (disfagia, anemia, síndrome constitucional, vómitos pertinaces o hemorragia digestiva). El 90% de los tumores gástricos son de estirpe epitelial, siendo más infrecuentes tumores estromales o linfomas.

Caso clínico

Mujer de 61 años sin antecedentes personales de interés salvo presentar sintomatología dispéptica desde su juventud, nunca investigada; 3 meses antes se había realizado endoscopia oral en otro centro que resultó normal. Ahora nos consulta por epigastralgia, vómitos pertinaces y pérdida de peso. Se realiza endoscopia oral que muestra pliegues engrosados de forma difusa, nodulares, con ulceraciones parcheadas y friabilidad mucosa que afectan desde fundus hasta antro. Biopsias: linfoma MALT de bajo grado. Test ureasa negativo. TAC torácico-abdominal y aspirado de médula ósea: sin hallazgos patológicos (no imágenes de adenopatías ni metástasis a distancia). ECO-endoscopia: afectación del espesor de la pared gástrica, sin evidencia de adenopatías metastásicas. En la actualidad la paciente está recibiendo tratamiento quimioterápico por el servicio de oncología.

Discusión

El estómago es el asiento más frecuente del linfoma MALT y típicamente se asocia a la infección por *H. Pylori* (porcentajes del 40-100% en la literatura revisada), pudiendo regresar tras su erradicación, especialmente los casos de bajo grado, limitados a la submucosa y sin evidencia de diseminación. En cualquier caso, su pronóstico es mucho más favorable que el adenocarcinoma gástrico, con respuestas tanto al tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

CO10. DIVERTICULOMÍA DE ZENKER MEDIANTE ENDOSCOPIA FLEXIBLE

Sánchez Yagüe A.¹, Méndez Sánchez I.M.¹, González Canóniga A.¹, García Fernández G., Gandara Adán N.², Sánchez Cantos A.¹

SERVICIO APARATO DIGESTIVO¹. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL². HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

El divertículo de Zenker está producida por una herniación de la mucosa esofágica a través de las fibras transversas del músculo cricofaríngeo por debajo del esfínter esofágico superior. La clínica se caracteriza fundamentalmente por disfagia y regurgitación de alimentos que en algunos ha llegado a producir neumonías por aspiración. Se han propuesto varios acercamientos terapéuticos tanto endoscópicos (rígidos y flexibles) como quirúrgicos. Presentamos el caso de un paciente que fue tratado satisfactoriamente en nuestro centro mediante diverticulotomía endoscópica flexible.

Se trataba de un paciente de 68 años sin antecedentes personales de interés que presentaba disfagia de larga evolución con episodios de regurgitación de alimentos no di-

geridos y continuos accesos de tos. Se realizó endoscopia digestiva alta y tránsito intestinal apreciándose divertículo de Zenker de gran tamaño. Se indicó tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker que se describe a continuación. El procedimiento se realizó en quirófano bajo control por el anestesista. Nos introducimos en esófago sobre pinza guía. Introducimos sonda naso gástrica paralela al endoscopio. Realizamos sección del septo diverticular con aguja de diatermia apreciándose un sangrado leve inicial que se detiene completamente mediante coagulación con argón plasma. Se finaliza la técnica quedando un pequeño remanente del septo. No se aprecian complicaciones inmediatas. No presenta crepitación cervical tras la intervención. El paciente fue dado de alta a las 24 horas estando asintomático.

La diverticulotomía endoscópica es una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes con divertículo de Zenker sintomático.

C11. ENDOSCOPIA ULTRAFINA PARA LA COLOCACIÓN DE SONDA NASOENTERAL EN PACIENTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA

Rodríguez Perálvarez M. L., Cerezo Ruiz A., Castillo Molina L., Gálvez Calderón C., González Galilea Á., Hervás Molina A., García Sánchez V., Naranjo Rodríguez A., de Dios Vega J. F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Existen varias alternativas a la aplicación ciega para la ubicación de la sonda de alimentación nasoenteral. La colocación por vía endoscópica (endoscopio convencional) es una de las más utilizadas por su rapidez, seguridad y tasa de éxito, aunque puede resultar laboriosa. La utilización de un endoscopio ultrafino transnasal mediante la técnica de Seldinger permite la aplicación de la sonda con éxito en pacientes en los que no se logra su introducción por la técnica ciega o cuando existen alteraciones anatómicas como estenosis en tracto digestivo superior.

Caso clínico

Enfermo de 77 años de edad intervenido de adenocarcinoma de recto con radioterapia preoperatoria y quimioterapia adyuvante. Tres años más tarde aparecieron dos metástasis pulmonares y se procedió a su resección. Se produjo, con posterioridad, invasión mediastínica. Al año de este evento el paciente presentó disfagia progresiva a sólidos con grave desnutrición consecuyente. La endoscopia mostró una infiltración mucosa por la masa mediastínica y estenosis en esófago distal (unos 5 mm de luz). Por ello se procedió a la aplicación de una sonda de nutrición nasogástrica con la ayuda de un endoscopio ultrafino transnasal (vídeo).

Comentarios

La endoscopia ultrafina pretende mejorar la tolerancia del paciente y obviar la sedación consciente sin disminuir la calidad de la exploración. Permite además evitar el intercambio oronasal necesario en la endoscopia convencional. En nuestro medio, esta técnica se ha utilizado además para la colocación de sondas de alimentación nasoenteral en pa-

cientes con imposibilidad de colocación por la vía habitual, con estenosis esofagogástricas (como en nuestro caso) y con síndrome de obstrucción al vaciamiento gástrico de forma exitosa, segura y con relativa facilidad.

C12. ESFINTEROTOMÍA PRECORTE: NUESTRA EXPERIENCIA

Castillo L., Vida L., Cerezo A., García V., Hervás A., Calero B., Naranjo A., de Dios JF.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Objetivos

Revisar nuestra experiencia en la realización de esfinterotomía precorte en términos de éxito inmediato, éxito diferido, y complicaciones.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a esfinterotomía precorte en nuestro centro desde el año 2002 al 2007. Se han estudiado variables demográficas, indicación de la CPRE, técnica de precorte usada, éxito inmediato (canulación biliar tras el precorte), diferido (canulación biliar en un 2º acto), fracaso, razones asociadas al fracaso, diagnóstico, terapéutica realizada, complicaciones inmediatas y precoces, además de tratamientos realizados para éstas y resultado obtenido.

Resultados

Se han realizado 3125 CPRE con realización de esfinterotomía precorte en un total de 36 pacientes. Las indicaciones de la CPRE fueron: ictericia 45.9% (17), coledocolitiasis 40.5% (15), colangitis 5.4% (2) y sospecha de fuga biliar postquirúrgica 5.4% (2). Se obtuvo éxito inmediato de canulación biliar tras el precorte en 22 pacientes (59,5%), en 4 éxito diferido (10.8%) y fracaso en 10 (27%). No existieron razones aparentes asociadas al fracaso en 5 pacientes (50%), pero sí en los otros 5 (divertículo (3, 30%), infiltración neoplásica duodenal (1; 10%) y gastrectomía Billroth I (1; 20%)). El tipo de esfinterotomía más usado fue el de aguja, en el 95.5% (21, fistulotomía). El diagnóstico patológico más frecuente en la vía biliar fue estenosis radiológicamente maligna (12, 46.2%), seguido de coledocolitiasis (8, 30.8%), estenosis de naturaleza dudosa (3, 11.5%), fuga biliar (1, 2.7%) y una dilatación sin causa aparente (1, 2.7%). No existieron hallazgos patológicos en uno de los pacientes (2.7%). Fue imposible la realización de terapéutica en 4 de los pacientes, aunque sí en el resto (13 prótesis, 7 extracciones de cálculos, y 2 esfinterotomía biliar completada). Se produjeron 2 pancreatitis agudas (5,6%) como complicaciones precoces.

Conclusiones

Se trata de una técnica con una moderada tasa de riesgos, pero su éxito puede obviar otras técnicas más agresivas. El éxito total ha sido del 72.2%, con un 5,6% de complicaciones. No hubo ninguna complicación mayor y todas mejoraron con tratamiento conservador.

C13. ESOFAGITIS EOSINOFILICA

Casáis Juanena L., Perálvarez Rodríguez M., Soto Escribano P., Gálvez Calderón C., Pérez Rodríguez E., Hervás Molina A.J., Naranjo Rodríguez A., De Dios Vega J.F.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Varón de 34 años que acude a urgencias por disfagia y sospecha de impactación de cuerpo extraño alimentario a nivel esofágico. Ingresó inicialmente en la unidad de observación para realización de endoscopia precoz.

Endoscopia

Desde el mismo esófago cervical se aprecia la existencia de una estenosis concéntrica de la luz esofágica, de larga extensión, que no impide el paso del endoscopio. La mucosa esofágica se encuentra anillada, presentando estrías longitudinales que se prolongan hasta nivel distal, donde presenta un anillo fibroso incipiente próximo a la unión gastroesofágica. A nivel de esófago medio se objetiva la existencia de un exudado blanquecino sobre una mucosa eritematosa y friable. No se hallaron restos alimentarios impactados a nivel esofágico completándose la exploración sin objetivar otras lesiones. Se tomaron múltiples biopsias de la mucosa esofágica dada la sospecha de esofagitis eosinofílica. El estudio de las biopsias confirmó la sospecha clínica y endoscópica.

Comentarios

La esofagitis eosinofílica es una entidad clínicopatológica primaria del esófago con una prevalencia e interés crecientes en los últimos años. Características esenciales:

- El cuadro clínico es variable en función de la edad de presentación
- Hallazgos endoscópicos característicos. La toma de biopsias es necesaria para el diagnóstico.
- Es necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades.

C14. ESOFAGITIS EOSINOFILICA

Moreno García A.M., Albadea Moreno C., Méndez Sánchez I.M., Sánchez Cantos A.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

Introducción

Paciente varón de 41 años remitido desde Atención Primaria por cuadro de astenia intensa, con rectorragia diaria en los dos meses previos al ingreso, que atribuyó a fisura anal, refiere dos deposiciones de consistencia normal. En analítica se detectó anemia microcítica severa (Hb 6) que requirió transfusión de 2 concentrados de hemáties. Como único antecedente destaca Apendicectomía de Urgencias en

la adolescencia por una Apendicitis aguda, desconociendo nada más de la intervención.

Colonoscopia

Se realiza la técnica, apreciando hasta Flexura Hepática una mucosa colónica compatible con la normalidad. En Colon Ascendente existe una zona en la que se reduce la luz del colon, quedando la luz lateralizada, que impresiona de anastomosis colocolica terminoterminal vs estenosis propia de EII. Franqueamos dicha estenosis, pasando a otro segmento de colon, donde en el fondo del mismo existe una zona donde se reduce la luz colónica, que impresiona de una nueva zona de anastomosis quirúrgica vs estenosis en contexto EII, con dos lesiones pediculadas, digitiformes, de unos 20mm compatibles con granulomas de sutura. Pasamos dicha anastomosis para llegar a otro tramo con mucosa colónica en forma de saco quirúrgico con una anastomosis ileocolónica terminolateral, con varias ulceraciones longitudinales, superficiales y fondo de fibrina. Se intenta pasar a ileon, que tiene aspecto rígido, tubulizado, dejando vislumbrar una mucosa eritematosa, no pudiendo progresar el endoscopio.

Comentarios

No tenemos la descripción de la intervención quirúrgica. En tránsito intestinal se describe un íleo preterminal fijo, donde existe área de estenosis que no se modifica a lo largo de la exploración.

Los hallazgos descritos nos impresionan de una EII tipo Enfermedad de Crohn Ileocolónica con patrón estenosante. Nos llama la atención la modificación de la anatomía normal del colon, con zonas de "Pseudociego" que nos podrían llevar confusión.

C15. ETIOLOGIA INUSUAL DE HEMORRAGIA EN SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL

García de Paso J., Gómez E., de la Cruz M.D., Verdejo C., del Castillo F., Herrera P., Garrido A., Sobrino S., Márquez J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La lesión de Dieulafoy se caracteriza por la presencia de una arteria anormal que mantiene el gran calibre del vaso que le dio origen a medida que se aproxima a la mucosa; la hemorragia asociada a estas lesiones a menudo es masiva y recurrente, siendo difíciles de identificar si no están sangrando activamente.

Caso clínico

Varón de 52 años, con antecedentes de HTA y miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Había presentado 4 episodios previos de hemorragia digestiva manifestada como melenas, sin detectarse la lesión responsable tras la realización de endoscopia oral, colonoscopia y arteriografía abdominal. Ingresó derivado de otro centro por melenas con repercusión hemodinámica y amplios requerimientos transfusionales.

La exploración física fue normal y en la analítica destaca una hemoglobina de 6.7 g/dl y urea 57 mg/dl. Se realiza los siguientes estudios complementarios:

Endoscopia oral: se aprecia material hemático que se renueva procedente del área periampular en segunda porción duodenal.

Endoscopia con duodenoscopio de visión lateral: hemorragia digestiva activa con sangrado arteriolar procedente de segunda porción duodenal por lesión de Dieulafoy que se trata mediante inyección de adrenalina y coagulación con argón plasma.

Desde la terapéutica endoscópica el paciente evoluciona sin nuevos episodios de exteriorización hemorrágica ni de inestabilidad hemodinámica.

Discusión

La lesión de Dieulafoy puede representar hasta el 5% de las hemorragias digestivas altas; suelen afectar la parte proximal del estómago a una distancia de 6 cm o menos de la unión gastroesofágica, siendo una rareza su localización a nivel de segunda porción duodenal. El tratamiento con técnicas inyectables, electrocoagulación, hemoclips o ligadura con bandas permite el control de la hemorragia y la prevención de la recurrencia en más de un 95% de los casos.

C16. EXTRACCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE PAPILOPLASTIA

Méndez Sánchez I.M., Sánchez Yagüe A., García Fernández G., Rivera Irigoian R., Albandea Moreno C., Aguilar Urbano V.M., Fernández Pérez F., Sánchez Cantos A.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

Introducción

La papiloplastia se ha propuesto como alternativa eficaz a la esfinterotomía endoscópica (EE) en el tratamiento de la coledocolitiasis, incluso, hay series publicadas que la realizan después de EE minimizando el riesgo de pancreatitis aguda. Presentamos el caso de un paciente que dada la dificultad técnica para ampliar EE previa para extracción de múltiples coledocolitiasis se decidió papiloplastia con éxito.

Caso clínico

Varón de 82 años, con cardiopatía isquémica tipo angina, hernia de hiato por deslizamiento y pólipos adenomatosos de colon extirpados hace 2 años, fumador activo. Ingresó por dolor abdominal e ictericia cutánea mucosa, con alteración del perfil hepatobiliar, dilatación de la vía biliar intra-extrahepática y barro biliar en ecografía abdominal, y en colangio RNM al menos tres litiasis en colédoco, objetivándose en CPRE papila a nivel de tercera porción duodenal, colédoco dilatado con múltiples litiasis, realizándose EE pequeña y colocación de endoprótesis plástica tipo pig tail de 3 cm, por imposibilidad de extracción de las litiasis coledocianas por la complejidad de la técnica. Se decidió actitud expectante dada la edad del paciente. Un mes después, ingresó por nuevo

cuadro de dolor abdominal y en ecografía abdominal se evidenció dilatación de la vía biliar intra-extrahepática y ausencia de prótesis. En nueva CPRE se observó papila con EE pequeña previa, ausencia de prótesis, múltiples cálculos en colédoco, con dificultad técnica para poder ampliar la EE por lo que se posicionó hilo guía en vía biliar y posteriormente introducimos balón dilatador colónico de 12 a 15 mm, dilatándose hasta 14mm durante 2 minutos, apreciándose papila dilatada. Seguidamente se pasó balón de Fogarty extrayéndose algunos cálculos y posteriormente se introdujo cesta de Dormia extrayéndose múltiples cálculos hasta la limpieza total de la vía biliar. No se produjo incidencias inmediatas ni tardías tras el procedimiento.

Comentarios

La papiloplastia para extracción de litiasis coledociana es una técnica descrita por primera vez por Staritz en 1982. Desde entonces su uso se ha ido extendiendo y hay pequeñas series que han comunicado sus resultados, con un porcentaje de éxito en torno al 85-100% con el inconveniente del mayor número de episodios de pancreatitis aguda. La principal indicación de la técnica es la extracción de coledocolitiasis en pacientes con riesgo de sangrado post-EE o en la que la anatomía local implica una esfinterotomía o ésta es peligrosa.

C17. FÍSTULA ESÓFAGO-CUTÁNEA POSTQUIRÚRGICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO. Y AHORA QUÉ?

Pozo Moreno R., Pallarés Manrique H., Balongo García R., González Gutiérrez R., Ramos Lora M., Naranjo Rodríguez P., Domínguez Macías A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Presentamos el caso de una mujer de 37 años con obesidad mórbida (IMC: 69,34) y comorbilidades asociadas (hipertensión arterial, artropatía degenerativa, SAOS). Intervenida en Marzo de 2007 en otro centro hospitalario de cirugía bariátrica realizándosele una Gastroplastia tubular (Sleeve gastrectomy) por vía abierta. Cuatro meses más tarde sufre episodio de HDA por úlcus gástrico en curvatura mayor, apreciándose además en esófago distal un orificio fistuloso de unos 8 mm de diámetro. Posteriormente se le realiza un estudio baritado esófago-gastroduodenal donde se evidencia la existencia de una fístula esófago-cutánea compleja con interposición de una colección. En un primer momento se decide tratamiento conservador por el alto riesgo quirúrgico de la paciente. Sufre deterioro clínico e insuficiencia respiratoria con intubación orotraqueal e ingreso en UCI. En Agosto de 2007 se interviene realizándose extirpación del trayecto fistuloso y de la cavidad abscesificada con cierre primario de la fístula siendo reintervenida de abscesos subfrénicos y sellado fistuloso con pegamento biológico, manteniéndose con nutrición parenteral total y somatostatina en un primer momento y posteriormente con nutrición enteral mediante sonda nasoyunal.

En Noviembre de 2007 una vez que la situación clínica de la paciente lo permite y persistiendo el trayecto fistuloso se le realiza en nuestro Servicio una endoscopia oral apreciándose a unos 30 cm de la arcada dentaria un orificio

fistuloso de gran tamaño que comunica con una cavidad irregular de aspecto sanioso procediéndose a la colocación de una prótesis plástica de 18 mm de diámetro mayor por 120 mm de longitud bajo control fluoroscópico. Siendo retirada a los dos meses observándose el orificio fistuloso de tamaño similar, dejándosele colocada una sonda de nutrición nasoyeyunal.

Comentario

Entre las complicaciones secundarias a la cirugía bariátrica se encuentran las fístulas esófago o gastro-cutáneas entre otras. Pudiendo ser tratadas mediante cirugía, pegamentos biológicos o endoscópicamente. Cuando fallan estos tratamientos ¿qué debemos hacer?

C18. FITOBEZOAR DE VÍA BILIAR EN PACIENTE CON ESFINTEROTOMÍA PREVIA

Santamaría Rodríguez G., Rodríguez Ramos C., Abrales Bechiarelli A., Muriel Cueto P.J.¹, Sánchez Cazalilla M.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA¹. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

Se ha descrito la presencia de cuerpos extraños en la vía biliar tras su manipulación quirúrgica o endoscópica: clips, hilos de sutura, fragmentos de prótesis o tubos de drenaje, etc. Y generalmente actúan como núcleo para la formación de cálculos coledocianos. Más infrecuente resulta el hallazgo de un bezoar biliar.

Caso endoscópico

Paciente de 57 años con antecedentes de colecistectomía y esfinterotomía endoscópica 6 años antes. Presenta clínica de dolor en hipocondrio derecho e ictericia y en una colangio-RNM detectan defectos de repleción en colédoco sugestivos de coledocolitiasis. Se realizó CPRE, observándose una papila modificada por esfinterotomía previa, adyacente a un pequeño divertículo duodenal. La vía biliar presentaba una marcada dilatación y una estenosis a nivel suprapancreático. Existían varios defectos de repleción, uno de ellos distal a la estenosis, esférico. Tras un primer intento de extracción con balón se observa que adopta una forma plana. Se procedió a la ampliación de la esfinterotomía y mediante balón se extrajo un "cálculo" aplanado marrónáceo-negruzco, recuperándose con cesta. En el examen macroscópico se observó que contenía un cuerpo extraño fibroso. El estudio microscópico confirmó la naturaleza vegetal del mismo.

Comentarios

La presencia de fitobezoares en la vía biliar se asocia generalmente a la presencia de fístulas bilioentéricas. Excepcionalmente se han comunicado casos relacionados con esfinterotomía endoscópica y/o divertículos duodenales. A pesar de su rareza, debe considerarse esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de la litiasis recurrente tras colecistectomía.

C19. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INUSUAL

Pallarés Manrique H., Pozo Moreno R., Gata Cuadrado M., Balongo García R., Bejarano García A., Núñez Sousa C., Ramos Lora M., Domínguez Macías A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

La hemorragia digestiva tras una cirugía vascular abdominal es poco frecuente, describiéndose en la literatura las existentes sobre todo a ulceraciones y perforaciones por material sintético sobre el tubo digestivo.

Presentamos un caso en el que tras una cirugía abdominal vascular con colocación de prótesis vascular desarrolla un cuadro de hemorragia digestiva en la que el origen es poco habitual, encontrándonos que fue secundario a un decúbito de hilos de sutura sobre el colon.

Caso clínico

Varón de 76 años de edad, fumador de 1 paq/día y diagnosticado 4 años antes de aneurisma de aorta toracoabdominal y ambas iliacas que no se intervino ante alto riesgo quirúrgico. Consulta por presentar dolor en fosa renal derecha con sudoración y malestar general y en la exploración se palpa masa en hemiabdomen derecho. Se realiza TAC abdominal apreciando una rotura de aneurisma de aorta infrarenal, interviniéndose de urgencias realizándosele una disección de cuello aórtico infrarenal con clampaje, así como disección y clampaje de ambas iliacas, procediéndose a la apertura del aneurisma y colocación de prótesis 18-9 mm x 40 cm. En el postoperatorio, presenta cuadro de melenas a los 14 días realizándose endoscopia oral y no apreciándose origen del sangrado, ante la persistencia de la anemia y de las heces melénicas se realiza colonoscopia a los 24 días de la intervención, visualizándose a unos 35 cms del margen anal la existencia de un sangrado en sábana por las paredes de colon junto a la visualización de unos hilos de sutura que habitualmente se utilizan en cirugía vascular para sutura de tejido celular subcutáneo y llegando hasta un punto en el que existe un pequeño orificio que no podemos sobrepasar. Se interviene quirúrgicamente y se aprecia un hematoma en tejido celular subcutáneo y tras abrir sutura de aponeurosis se aprecia segmento de sigma en contacto con pared abdominal y parcialmente comunicado con cavidad anteriormente descrita, reseccándose 20 cms de colon.

Presentamos el caso ante lo inusual de las imágenes y no haber encontrado en la literatura ningún caso parecido al presente, obligándonos a pensar en la existencia del decúbito por hilos de sutura en cavidad abdominal tras una cirugía y la presencia de hemorragia digestiva.

C20. HEMORRAGIA POSTESFINTEROTOMÍA RESUELTA MEDIANTE FACTOR VII Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Gómez L., Aoufi S., Verdejo C., de la Cruz M.D., Gomez E., Garrido A., Sobrino S., Belda O., Márquez J.L.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La esfinterotomía con extracción de cálculos es el tratamiento de elección de la coledocolitiasis; la incidencia de complicaciones es baja, siendo la hemorragia muy infrecuente, pero potencialmente puede ser grave y de difícil control.

Caso endoscópico

Mujer de 55 años, HTA, nefrectomizada por litiasis hace 20 años y colecistectomizada por litiasis biliar complicada con colecistitis perforada y peritonitis biliar secundaria, que requirió ingreso en UCI. Ingresó por fiebre, dolor en hemiabdomen superior e ictericia mucocutánea, con bilirrubina de 6.09 y ECO abdominal con colédoco de 14.9 mms con litiasis en su tercio distal. CPRE: papila interdiverticular con coledocolitiasis que se resuelve mediante esfinterotomía y extracción con balón de Fogarty; se produce sangrado que se cohibe mediante inyección de adrenalina diluida. La paciente evolucionó durante 48 horas con persistencia de la hemorragia con inestabilidad hemodinámica y repercusión analítica (precisó 8 concentrados de hemáties), realizándose 2 nuevas endoscopias que mostraron sangrado activo con un gran coágulo que dificultaba la terapéutica, por lo que no fue exitosa. Como último intento previo a la cirugía se administró factor VII (100 ug/Kg de peso), la paciente se estabilizó y 2 horas después se repitió una nueva endoscopia sin restos hemáticos y con coágulo estable, que fue tratado mediante inyección de adrenalina y APC, evolucionando desde ese momento favorablemente.

Discusión

La administración de factor VII se ha mostrado útil en el caso de hemorragias digestivas en determinadas situaciones clínicas, pudiendo contribuir a la estabilización del paciente para poder aplicar la terapia adecuada, e incluso como método de hemostasia definitiva.

C21. ILEÍTIS TERMINAL POR YERSINIA ENTEROCOLÍTICA

De La Cruz Ramírez M.D., Gómez Delgado E., Verdejo Gil C., Caballero Gómez J.A., Herrera Justiniano J.M., Leo Carnerero E., Bozada García J.M., Belda Laguna O.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La infección por *Yersinia enterocolítica* puede presentarse en forma de ileítis terminal cuyas características clínicas y endoscópicas pueden ser indistinguibles de las de la enfermedad de Crohn por lo que son necesarios estudios serológicos y bacteriológicos.

Caso endoscópico

Varón de 21 años con antecedentes personales de

apendicectomía y amigdalectomía que presenta cuadro de dos semanas de evolución de dolor abdominal a nivel mesogástrico de carácter cólico acompañado de despeño diarreico ocasional sin fiebre ni otras manifestaciones extraintestinales. Su ritmo intestinal previo eran 2-3 deposiciones/día sin productos patológicos. A la exploración, dolor a nivel de fosa ilíaca derecha e hipogastrio sin peritonismo. La analítica era normal salvo PCR 62 y VSG 35. Coprocultivo y estudio de parásitos en heces, negativos. Colonoscopia e ileoscopia: Diversas aftas a nivel rectal en sus últimos 15-20 cm; en colon descendente y transversal existen algunas de forma aislada. El colon derecho presenta aftas numerosas en las proximidades de la válvula ileocecal. Intensa actividad inflamatoria en íleon con numerosas ulceraciones irregulares longitudinales y transversales y otras de tipo aftoide. Se solicitó un tránsito intestinal que presentaba imágenes compatibles con ileítis terminal. La anatomía patológica de las muestras tomadas de íleon fue informada como alteraciones propias de la enfermedad de Crohn iniciándose tratamiento con Mesalazina y Budesonida. Posteriormente se recibió la serología de *Yersinia* EO3: IgG IFI=1/1024; Ig M negativo; añadiendo Ciprofloxacino a su tratamiento durante 10 días. Se realizó nueva ileoscopia que fue normal y las biopsias tomadas ponen de manifiesto mucosa de íleon terminal sin alteraciones; restitución "ad integrum" de los cambios observados en las muestras previas.

Comentarios

Yersinia enterocolítica es un cocobacilo gram negativo que invade la mucosa ileal y se multiplica en las placas de Peyer. Su espectro clínico puede ir desde un síndrome diarreico a un cuadro pseudoapendicular simulando un brote de enfermedad de Crohn. Éstos pacientes pueden estar predispuestos a dicha infección por la disfunción de la barrera mucosa. No obstante, hay que puntualizar que la ileítis por *Yersinia* no progresa a enteritis regional. Por tanto, en todos los pacientes con ileítis debería ser investigada la presencia de *Yersinia*.

C22. ILEOCOLITIS ULCERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

De la Cruz Ramírez M.D., Herrera Martín P., Del Castillo Corzo F.J., Sobrino Rodríguez S., Bozada García J.M., López Ruiz T.J., Belda Laguna O., Garrido Serrano A., Márquez Galán J.L.

HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La afectación gastrointestinal está presente del 3-25% de los pacientes con enfermedad de Behçet; se localiza más frecuentemente en íleon terminal, ciego y colon ascendente.

Caso endoscópico

Mujer de 44 años diagnosticada de enfermedad de Behçet, manifestada en forma de aftosis orogenital e intestinal, eritema nodoso, foliculitis, oligoartritis rodilla derecha recidivante y queratitis, que ingresa por exacerbación de su sintomatología acompañada de rectorragia y cuadro sincopal.

A la exploración presentaba hipotensión, fiebre, palidez mucocutánea, dolor abdominal en flancos sin peritonismo y eritema nodoso a nivel de miembros inferiores. Analíticamente destacaba una anemia (Hb 69 g/l) microcítica hipocrómica, plaquetas 516000, PCR 189 y VSG 33. Coprocultivo y toxina C. difficile negativos. Se realizó un tránsito intestinal que mostraba dilatación de asas de yeyuno y signos de malabsorción y una TAC abdominal con afectación inflamatoria de todo el marco cólico. Colonoscopia: canal anal de mucosa granular, congestiva y friable con pseudopólipos y orificios y/o recesos mucosos. De los 20 a los 30 cm de forma continua, ulceraciones profundas y pseudopólipos que afectan a toda la circunferencia reduciendo la luz sin estenosis. De los 30 cm hasta ciego alternan pseudopólipos con ulceraciones en fase de cicatrización que dejan mucosa normal entre ellas. Íleon terminal normal. Anatomía patológica de las muestras tomadas: enfermedad inflamatoria intestinal con ulceración colónica profunda relacionada con vasculitis necrotizante. La evolución fue tórpida con amplios requerimientos transfusionales y sin respuesta a pesar de tratamiento con Metilprednisolona, Rituximab, Talidomida y Peg-IFN por lo que se decide intervención quirúrgica (colectomía subtotal e ileostomía terminal).

Comentarios

Las úlceras gastrointestinales en la enfermedad de Behçet son redondeadas y ovals en forma de "sacabocados" secundarias a vasculitis de pequeño vaso. Desde el punto de vista endoscópico son difíciles de diferenciar de las relacionadas con la enfermedad de Crohn. La sintomatología más frecuente es dolor abdominal, diarrea y rectorragia pudiendo aparecer hemorragia severa, perforación y peritonitis como complicación.

C23. IMPACTO DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN EL MANEJO DE TUMORES RECTALES

Pérez Pastor A., Ortiz Moyano C., Sánchez Muñoz D., Rodríguez Alonso C., Guerrero Jiménez P., Larraona Moreno J.L., Romero Gómez M.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (UGCED). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA

Objetivos

Evaluar el impacto que la introducción de la USE tiene en el manejo de tumores rectales, tanto benignos como malignos, en nuestro medio.

Material y métodos

Incluimos de manera prospectiva todos aquellos pacientes remitidos para estadiaje preoperatorio mediante USE de cáncer de recto, pólipos y lesiones submucosas rectales desde Marzo de 2007 hasta febrero 2008. El recto fue dividido en tercio superior (12-18 centímetros margen anal), medio (8-12 centímetros) e inferior (<7 centímetros). Todas las USE se realizaron sin sedación empleando en la mayoría de los casos el ecoendoscopio radial (Olympus GF-UE160-AI5). Todos los pacientes se prepararon con enemas de limpieza. No se registraron efectos adversos derivados de la técnica.

Resultados

Se estadificaron un total de treinta pacientes, 23 con diagnóstico de carcinoma de recto (CR), 5 adenomas vellosos con displasia moderada ó intensa y 2 tumores carcinoide. Eran 23 hombres y 7 mujeres con una edad media de 68 años (rango 37-83). La distribución de las lesiones fue en tercio superior 7 casos; tercio medio 8 casos y tercio inferior 15 casos. De los 23 pacientes con CR 20 fueron estadiados como T3 y 3 como T4 siendo remitidos para radio-quimioterapia neoadyuvante previa a la cirugía. De los 5 pólipos adenomatosos 4 fueron estadiados como T1 y 1 como T2 siendo resecados quirúrgicamente (3) y endoscópicamente (2). Dos tumores carcinoide fueron resecados endoscópicamente tras estadiarlos como T2. Cuando el objetivo fue el de valorar el grado de infiltración T, tomando como patrón oro la pieza quirúrgica (22 pacientes), la sensibilidad (S) fue del 94%, Especificidad (E), VPP y VPN 100%. El estadiaje N ofreció una S 80%, E y VPN 50% y VPN 87.5%. Cuando se evaluó la afectación ganglionar local N comparándolo con la TAC previa a la RT-QT la S fue del 94%, E 85.7; VPP 94% y VPN 85.7%

Conclusiones

En nuestra experiencia, el estadiaje preoperatorio de tumores rectales mediante USE supone una modalidad diagnóstica fiable, accesible y eficaz permitiendo una selección de aquellos pacientes que se van beneficiar de una terapia neoadyuvante preoperatoria de aquellos a los que sólo requieren resección local endoscópica.

C24. LAGOS VENOSOS COLÓNICOS. QUÉ SUGIEREN?

Pozo Moreno R., Pallarés Manrique H., González Gutiérrez R., Garrido Mora M., Ramos Lora M., Domínguez Macías A.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años sin alergias medicamentosas conocidas. Intervenido hacia 5 años de un hipernefoma izquierdo mediante nefrectomía. Sin signos de hipertensión portal, hábitos tóxicos ni tratamiento domiciliario alguno. Nos es enviado de una consulta privada para la realización de una colonoscopia, ya que el paciente refería episodios de rectorragia de escasa cuantía, autolimitada, al final de las deposiciones sin otra sintomatología añadida.

En la colonoscopia presentaba desde los primeros centímetros próximos al margen anal hasta el ciego múltiples formaciones lacunares azulado-violáceas con distintas formas y tamaños, algunas de ellas tortuosas, existiendo áreas más o menos extensas de mucosa respetada por dichas lesiones sin estigmas de sangrado. Además se apreciaban formaciones hemorroidales internas grado II ligeramente congestivas.

Comentario

Ante estas imágenes endoscópicas tan llamativas y basándonos tanto en nuestra experiencia como en la bibliografía publicada no hemos llegado a un diagnóstico endoscópico concreto. Pudiésemos estar ante el caso de unas

formaciones pseudovariceales secundarias a la intervención quirúrgica. Pero en definitiva qué sucedieron?

C25. LESIÓN POLIPOIDEA GÁSTRICA INFRECIENTE

González López C., Maldonado Pérez B., Sáenz Dana M., Romero Castro R., Pellicer Bautista F., Herrerías Gutiérrez, J.M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Presentamos a una paciente de 61 años que tiene como antecedente de interés una hipertensión arterial.

Consulta por un cuadro dispéptico, con molestias en epigastrio y distensión abdominal. No pérdida de peso ni de apetito. Sin hallazgos significativos a la exploración.

Endoscopia

Se realiza fibrogastroduodenoscopia para observar en antro, cerca del píloro una lesión multilobulada 25 x 30 mm, con varias ulceraciones superficiales en sus cúspides.

En la fibrocoendoscopia se aprecia dicha lesión, rodeada de la capa submucosa, siendo hipoecogénica y midiendo 3 cms de diámetro mayor. No se aprecian lesiones en el parénquima pancreático ni adenopatías perigástricas ni en el mediastino posterior. Tras aplicar Doppler, que no demuestra vascularización se decide realizar punción con aguja de 22 G saliendo material hemático claro. La capa muscular está conservada.

El diagnóstico anatomopatológico de la muestra recibida es informado como PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO. Las técnicas inmunohistoquímicas revelan inmunopositividad para CD34 e inmunonegatividad para C-Kit, AML y S-100.

Comentarios

El pólipo fibroide inflamatorio se trata de una lesión polipoidea gástrica, poco frecuente, localizada principalmente a nivel del estómago. Es una lesión submucosa de morfología polipoidea. El diagnóstico sólo se asegura con estudio histológico de la pieza de polipectomía, necesaria para hacer el diagnóstico diferencial de los pólipos epiteliales con potencial neoplásico.

Por ello el paciente fue sometido a una hemigastrectomía, vagectomía troncular doble y anastomosis gastro-yeyunal en Y de Roux.

C26. METÁSTASIS GASTRODUODENAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE CARCINOMA LOBULILLAR BILATERAL DE MAMA

Pallarés Manrique H., Pozo Moreno R., Fernández Temprano JM., Lara Bohorquez C., Ladrero Madrid D., Conde García J., Gata Cuadrado M., Bejarano García A., Núñez Sousa C., Domínguez Macías A.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

El carcinoma de mama es el carcinoma más frecuente en la mujer en nuestro medio y en su evolución tiende a metastatizar a ganglios linfáticos regionales, huesos e hígado. Presentamos un caso muy inusual ya que el diagnóstico del carcinoma de mama se realizó tras detectar metástasis gástricas y duodenales.

Caso clínico

Paciente de 43 años de edad con antecedentes familiares oncológicos importantes, y fumadora como antecedente personal que consulta por presentar desde dos años antes astenia, anorexia síndrome depresivo que fue tratado con ansiolíticos y antidepresivos, dieciocho meses antes del diagnóstico comienza con alopecia y presencia de anemia con 10 gr. /dl. de Hb. Se completa el estudio inicial con diversos estudios para descartar otras patologías que pudieran originar el síndrome asténico sin que fueran concluyentes. Un año antes se realiza analítica, mamografía, colonoscopia, biopsia de médula ósea que nos normales. Un mes antes del diagnóstico comienza con dolor epigástrico, sensación de plenitud por lo que se le solicita endoscopia oral, evidenciándose una cámara gástrica sin distensibilidad, pliegues engrosados, duros y leñosos y a nivel duodenal se visualizan lesiones blanquecinas algo resquebrajadas y milimétricas y que son informadas ambas biopsias de que se neoplasia constituida por células pleomórficas en nidos sólidos positivas para citoqueratinas de bajo peso y CK 7 compatible con metástasis extradigestiva. Se comienza estudio y se aprecia TAC abdominal que aprecia engrosamiento antral y líquido libre perihepático. Al mes del diagnóstico se realiza nueva exploración que aprecia masa pétreo en mama izquierda y adenopatía axilar contralateral, ecografía con adenopatías sospechosas de neoplásicas en ambas regiones axilares, Ca 25.3: 966, Ca 125: 130.

A los tres meses tras iniciar tratamiento quimioterápico se realiza mamografía que es informada como normal, pero se realiza una biopsia de mama izquierda y se informa como carcinoma infiltrante con diferenciación lobulillar. A los 7 meses se interviene realizándosele mastectomía bilateral y vaciamiento axilar bilateral.

C27. MUJER JOVEN CON SÍNDROME DE CARNEY

Llamoza Torres C.J., Cerezo Ruiz A., Ángel Rey J.M., Gálvez Calderón C., González Galilea A., de Dios Vega J.F.

HOSPITAL. HOSPITAL REINA SOFIA. CÓRDOBA.

Introducción

En 1977, Carney y colaboradores describieron la asociación entre leiomioma gástrico, paraganglioma extrarenal funcionante y condroma pulmonar en 5 mujeres jóvenes. Actualmente se conoce que los tumores gástricos pertenecen al estroma (GIST).

Caso clínico

Mujer de 27 años remitida a nuestro Servicio desde Neumología con el diagnóstico de Síndrome de Carney para descartar afectación gastrointestinal. La paciente ya presentaba el diagnóstico de hamartomatosis pulmonar múltiple pendiente de resecciones quirúrgicas. En la endoscopia digestiva alta se observan múltiples lesiones polipoideas de diverso tamaño y sésiles en la zona de cuerpo y subcardial gástricos. Existe mayor afectación en antro y zona prepilórica, con pólipos de mayor tamaño. Se resecaron algunos pólipos y se remitieron completos para estudio; que se informaron como pólipos hiperplásicos sin evidencia de displasia. En la ecoendoscopia, dichas lesiones polipoideas impresionaron de origen mucoso excepto las lesiones de mayor tamaño y de apariencia submucosa situadas en la transición cuerpo-antro y en antro, heterogéneas con predominio hipocogénico, y dependientes de la capa muscular propia. En el estudio con cápsula videoendoscópica no se progresó más allá del estómago. En el tránsito intestinal se describieron, además, la existencia de alguna imagen polipoidea en duodeno y yeyuno distal. Colonoscopia y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Pendiente de la repetición de cápsula endoscópica con la ubicación de la cápsula en duodeno por vía endoscópica (se presenta video).

Comentarios

Se describe el caso de una mujer joven con la presencia de dos tipos de tumores de la tríada clásica de Carney, pero suficientes para el diagnóstico sindrómico. Pendiente de completar el segundo estudio por videocápsula endoscópica para elegir la mejor aproximación quirúrgica multidisciplinar (Cirugía General y Torácica). Parece claro a priori, desde el punto de vista digestivo, la realización de una gastrectomía total/subtotal dada la probabilidad de aparición de GIST maligno en esta paciente.

C28. NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA FISTULIZADA A DUODENO. OPCIONES TERAPÉUTICAS.

Martín Guerrero J.M., Cabello Ramírez M., Bonet Padilla M., Carrillo de Albornoz Pallarés M.T.

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA.

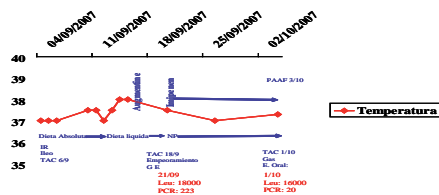
Introducción

Los casos de pancreatitis aguda grave tienen una mortalidad variable entre 10-20% de los casos, atribuyéndose la mayoría de complicaciones tardías a problemas infecciosos. La necrosis pancreática puede presentar problemas de diagnóstico y su tratamiento Standard aunque es quirúrgico tiene una alta morbilidad y mortalidad no despreciable.

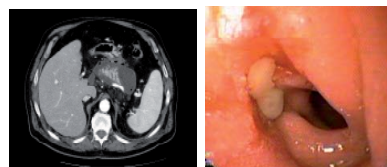
Caso clínico

En la segunda semana de ingreso comenzó a presentar fiebre con datos en el TAC de empeoramiento pero sin claros datos de necrosis ni de gas. Se establece tratamiento

empírico con Imipenen y a pesar de ello en un TAC de control aparece burbuja áerea indicativa de absceso que se confirma con PAAF.



Paciente de 79 años con antecedente de pancreatitis sin evidencia de litiasis en pruebas de imagen 6 meses antes que ingresa por nuevo episodio de pancreatitis aguda grave.



En ese momento se realiza endoscopia oral apreciándose en el bulbo duodenal un orificio por el que se ve drenar pus. (Video)

Comentarios

Las opciones de tratamiento de la necrosis infectada pueden ser quirúrgicas, endoscópicas o radiológicas. Aunque existe evidencia grado A de recomendación quirúrgica cuando el paciente está séptico, la mortalidad en las mejores series varía del 10,5%-20%. El drenaje endoscópico y/o necrosectomía endoscópica está por validar como opción alternativa (resolución del 25% y mortalidad del 25%). Otras opciones como drenaje percutáneo se podría considerar si el paciente no está séptico.

C29. PRIMER CASO DE PUNCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN TUMORAL CARDIACA

Benítez Rodríguez B., Romero Castro R., Pellicer Bautista F., Herrerías Gutiérrez J.M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Caso clínico

Se trata de una mujer que presenta una lesión tumoral cardiaca que tras estimar su posición mediante TAC se decide tomar muestra de la misma mediante ecoendoscopia para obtener la información anatomopatológica necesaria para orientar el tratamiento de la misma.

Bajo control anestésico se aborda mediante toracotomía izquierda a través del quinto espacio intercostal izquierdo observando un pericardio de aspecto normal desde el punto de vista macroscópico (sin reacción inflamatoria ni infiltrativa).

A partir de aquí se procedió a abrir el pericardio desde el ápex del corazón comprobando que se estaba fuera del alcance de la tumoración para poder eliminarla sin alterar en la medida de lo posible su forma. Se apreciaban numerosas adherencias entre el corazón de aspecto sano y el pericardio, tanto en su zona libre de tumoración como en la que corresponde al tumor, que está exclusivamente en conexión con el pericardio lateral de la paciente, envolviendo en su recorrido el nervio frénico izquierdo. Debido a esto se remitió en un primer momento una amplia muestra de la tumoración para biopsia intraoperatoria al servicio de Anatomía Patológica.

Tras esto se fue disecando el tumor, que presentaba unas medidas de 17x8x5 cms, además se resecó el nervio frénico.

Comentarios

Hasta la fecha se han descrito en el mundo tres casos de punción cardíaca a cargo de Fritscher-Ravens del Reino Unido en patología no tumoral.

Más del 90% de las masas tumorales cardíacas son metastásicas y por tanto carecen de tratamiento quirúrgico, por lo que el uso de la ecoendoscopia para la obtención de muestras para anatomía patológica de los mismos supone un gran avance a la hora de enfocar el tratamiento del paciente.

C30. RENTABILIDAD DE LA REPETICIÓN DE CPRE TRAS EL FALLO DE UNA PRIMERA EXPLORACIÓN

García Romero D., Sánchez Muñoz D., Ortiz Moyano C., Guerrero Jiménez P., Rodríguez Alonso C., Núñez Hospital D., Pérez Pastor A., Aparcero R., Romero Gómez M.

UGCED HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Caso clínico

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica compleja, que depende de diversos factores para su éxito, como experiencia del endoscopista, volumen de exploraciones en el Centro o dificultades anatómicas del paciente, entre otros. Con frecuencia, la actitud es repetir la exploración en un segundo tiempo. Nos proponemos analizar la tasa de fallos tras CPRE en nuestro centro y valorar la actitud a seguir tras el fracaso de la misma.

Pacientes y método

Se analizaron retrospectivamente 190 CPRE realizadas a 174 pacientes, 82 hombres y 92 mujeres, con una edad media de $69,9 \pm 14,9$ años [20-96]. La indicación más frecuente fue la patología benigna (coledocolitiasis, colangitis, fístulas biliares, estenosis benignas, pancreatitis de repetición) en 128 pacientes (73,5%), mientras que se realizó CPRE en patología neoplásica (ampuloma, colangiocarcinoma, neoplasia páncreas, hígado metastático) en 46 pacientes (26,5%). Todas las exploraciones fueron realizadas por los dos mismos endoscopistas. Se definió fracaso de la exploración como no cateterización de la papila de Vater o bien, no resolución del problema por el que se indicó la CPRE a pesar

de cateterización papilar.

Resultados

La CPRE resolvió el problema en 130 pacientes (74,7%). Las causas de fracaso de la exploración fueron por no cateterización de vía biliar en 29 casos (65,9%) [en 12/29 (41,4%) no se identificó la papila, mientras que en 17/29 casos se visualizó pero no se logró cateterizar], mientras que en 15 casos (34,1%) el fallo de la CPRE fue tras la cateterización papilar [8/15 casos (53,3%) no se contrastó o pasó guía a vía biliar, y en 7/15 casos se accedió a vías biliares pero sin conseguir resolver el problema]. En 5 casos (2,8%), la causa de fracaso fue por complicación (3 casos de perforación y 2 por complicaciones cardiorrespiratorias). De los 44 casos en los que la CPRE fue fallida, se intentó una 2ª CPRE en 16 pacientes (36,4%), siendo realizadas 11/16 (68,8%) por el mismo explorador y 5/16 (31,3%) por un explorador distinto. Tras la segunda CPRE, 7/16 casos (43,8%) se resolvieron.

Conclusiones

La CPRE es una exploración con una tasa de fracaso no desdeñable. Tras un primer intento fallido, parece una actitud razonable hacer una segunda exploración diferida, ya que se pueden resolver casi la mitad de los casos fallidos.

C31. COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE UN STENT COLÓNICO

Pérez Pastor A., Sánchez Muñoz D., Ortiz Moyano C., Guerrero P., Rodríguez Alonso C., Larraona J.L., Romero M.

UGCED. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

Los stent colónicos constituyen uno de los tratamientos de las neoplasias obstructivas de colon. La tasa de éxito tras su colocación es elevada, pero existen complicaciones como migración, obstrucción o perforación. Presentamos el caso de una complicación infrecuente tras la colocación de un stent de colon.

Caso clínico

Varón de 65 años, diagnosticado de adenocarcinoma de colon descendente en estadio IV que consulta por cuadro de obstrucción intestinal. Se propone tratamiento paliativo con colocación de stent de colon. Se realiza una colonoscopia objetivándose estenosis puntiforme a nivel de colon descendente colocándose stent metálico tipo Wallflex de 120mm x 25mm quedando en posición y sin complicaciones inmediatas. Una semana después el paciente vuelve a consultar por dolor abdominal. A la exploración se objetiva un abdomen distendido y timpánico y la radiografía simple muestra signos de neumoperitoneo. Ante estos datos se sospecha perforación de víscera hueca solicitándose TAC abdominal. Éste muestra el stent metálico colocado en buena posición y fracturado en uno de sus extremos, con invaginación de la pared tumoral a su través como causa de la perforación. El paciente se interviene realizándose una colostomía de descarga.

Comentarios

Las complicaciones más frecuentes tras la colocación de un stent de colon son migración y obstrucción del mismo, así como perforación del colon. La rotura es excepcional. Su mecanismo es desconocido, pero podemos sugerir que la fuerza de compresión constante de las paredes del colon contra una estructura metálica junto con la angulación del stent por su localización (ángulo esplénico) podrían ser las causas principales de la fractura del mismo, sin poder descartar defectos de fabricación. Factores favorecedores serían los movimientos peristálticos del colon y la impactación fecal a ese nivel.

C32. TIFLITIS NEUTROPÉNICA

Verdejo Gil C., Gómez Delgado E., Bozada J.M., De la Cruz Ramírez M.D., Del Castillo Corzo F., Herrera Martín P., Gómez Regife L., García De Paso J., Martínez Alcalá F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La tiflitis neutropénica es la inflamación necrotizante del ciego que se manifiesta en pacientes neutropénicos. Clínicamente se manifiesta por dolor en cuadrante inferior derecho, diarrea acuosa con o sin sangre, que puede llegar incluso al estado de sepsis y shock, debido a la gangrena y perforación que se produce, asociando una letalidad de un 50%.

Caso clínico

Mujer de 29 años, fumadora de 20 cigarrillos al día, y en tratamiento quimioterápico por una leucemia mieloblástica aguda M5, sin respuesta al tratamiento quimioterápico y con pancitopenia secundaria al mismo. Ingresa en nuestro hospital por una hemorragia digestiva baja, con repercusión hemodinámica y anemia (HGB 2g/l). Se realizó colonoscopia, destacando un ciego con 5 ulceraciones, una de ellas muy amplia situada alrededor de la fosa apendicular, con puntos de sangrado reciente. La mucosa del ileon estaba respetada. Se tomaron biopsias de ciego, cuyo estudio histológico mostraba ulceraciones mucosas y colonización por *Candida* spp. La evolución fue tórpida, con desarrollo de una candidiasis sistémica con afectación hepatoesplénica, hemorragia digestiva alta y shock hipovolémico. La endoscopia oral mostraba un esófago distal con aspecto denudado, con leves alteraciones inflamatorias bajo un exudado grisáceo firmemente adherido. En cuerpo y antro gástricos existían numerosas úlceras planas fibrinadas sin estigmas de sangrado reciente. El estudio histológico mostraba mucosa cardioesofágica con esofagitis herpética ulcerada, y úlcera gástrica de aspecto péptico. Ante signos de peritonismo y dada la mala respuesta al tratamiento conservador, se intervino quirúrgicamente, objetivándose una peritonitis difusa con múltiples perforaciones en todas las asas intestinales, por lo que se consideró inoperable. La anatomía patológica mostraba una pared de intestino delgado con perforación reciente y afectación transmural por esporas de hongos de tipo angioinvasor, diferentes a las esporas de *Candida* y negativo para VHS y CMV. La paciente fue éxitus a los pocos días de la intervención.

Comentarios

El diagnóstico principal es clínico, lo que implica la importancia que tiene su sospecha. El diagnóstico de imagen te permitiría valorar el grado de inflamación de la pared intestinal, la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal o la distensión de las asas. El tratamiento consiste en reposo intestinal, hidratación, antibioterapia de amplio espectro y corrección de la neutropenia. La cirugía se reserva sólo en caso de perforación o deterioro clínico a pesar del tratamiento médico, con resección del segmento afecto.

C33. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESOFÁGICA TRAS INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

Sánchez Muñoz D., Guerrero Jiménez P., Ortiz Moyano C., Rodríguez Alonso C., Núñez Hospital D., García Romero D., Pérez Pastor A., Aparcero R., Romero Gómez M.

UGC ENFERMEDADES DIGESTIVAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

El tratamiento endoscópico de las fístulas esofágicas es complejo, pudiendo usar varias técnicas (pegamento, fibrina biológica, prótesis). Presentamos un caso de un paciente con fístula esofágica resuelto mediante la combinación de varios tratamientos endoscópicos.

Caso clínico

Paciente, 54 años, que acude para realización de endoscopia oral urgente tras la ingesta de espina de merluza. Se extrae el cuerpo extraño y se constata neumomediastino en TAC, por lo que es intervenido quirúrgicamente, no objetivándose el lugar de la perforación. Cuatro meses más tarde, el paciente es derivado de nuevo por sospecha de fístula esofágica, al existir derrame pleural recidivante e infección tras la introducción de alimentación vía oral. Se objetiva orificio fistuloso a nivel de esófago medio y se realizan varias sesiones de tratamiento endoscópico, con cianoacrilato al 2% (Hystoacryl®), fibrina biológica (Tissucol®), hemoclips y combinación de métodos, no siendo ninguno de estos efectivo. Se procede a colocar prótesis plástica Ultraflex® (Boston Scientific Co), que 24 horas tras su colocación migra a estómago. Un segundo stent similar sufre la misma complicación. Durante este tiempo, se contactó con el Servicio de Cirugía Torácica, que desestimó el caso en este momento. Tras los fracasos anteriores, se intenta colocar un stent metálico Wallstent®, que del mismo modo migra hacia cavidad gástrica. Se decide entonces colocar un stent plástico colónico recubierto de 22 mm de diámetro y 6 cm de longitud (Hanarostent®), que sufrió una fractura transversal tras 3 semanas de su colocación, pudiéndose retirar sin complicaciones. Diez meses tras la primera visita al Hospital, al paciente se le coloca una prótesis plástica esofágica recubierta de reciente comercialización de 18 mm de diámetro y 6 cm de longitud (Choostent®), que se mantuvo durante 4 semanas y se sustituyó por otra similar que se mantuvo otras 4 semanas más, comprobándose posteriormente el cierre completo del trayecto fistuloso. Tras un año de tratamiento, el paciente está asintomático y realizando una vida normal.

Comentarios

El tratamiento endoscópico de la patología benigna esofágica es complicado. Aunque existen diversas técnicas, no existen suficientes estudios controlados que permitan discriminar cual es el método de elección. El interés del presente caso radica en la complejidad de su manejo, y en el uso de varias técnicas endoscópicas, con sus complicaciones, para el tratamiento de su patología esofágica benigna.

C34. TUBERCULOSIS MEDIASTINICA: UN DIAGNOSTICO INESPERADO

Ortiz Moyano C.¹, Gómez Mateos J.², Sánchez Muñoz D.¹, Rodríguez Alonso C.¹, Martínez García R.³, Pabón Jaén M.¹, Romero Gómez M.¹.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS¹, UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS², DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA³. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA.

Introducción

La tuberculosis mediastínica (TBM) sin afectación del parénquima pulmonar es una rara forma de presentación de la enfermedad tuberculosa en adultos, caracterizada por fiebre y adenopatías mediastínicas. La falta de hallazgos radiológicos específicos hace difícil el diagnóstico de dicha entidad.

Caso clínico

Varón de 56 años que ingresa por fiebre de 2 meses de evolución acompañado de tos seca, disnea y pérdida de peso. VIH y VHC positivo sin tratamiento. A la exploración física importante síndrome constitucional, no adenopatías periféricas palpables, resto sin hallazgos. Analítica general y función hepática normales. Niveles de CD4 18 mm³, carga viral VIH 59.700 copias. Serología toxoplasma y sífilis negativa. Baciloscopias repetidas de esputo negativas. Rx de tórax sin hallazgos. La TAC abdominal (Figura 1) mostró una lesión hipodensa de aspecto quístico, de 7 cms en proceso uncinado del páncreas sin otros hallazgos. Se realizó ecoendoscopia (USE-PAAF) de dicha lesión demostrando una masa mal definida, anfractuosa, con componente quístico, que engloba vena porta sin infiltrarla. La citología demostró un tumor mucinoso con abundantes grupos epiteliales sin atipia sugestivo de cistoadenoma mucinoso. Asimismo, se objetivaron numerosas adenopatías mediastínicas situadas a nivel de espacio subcarinal. La PAAF de dichas adenopatías (Figura 2) puso de manifiesto la presencia de granulomas (Figura 3). La tinción Ziehl-Nielsen fue positiva para M. tuberculosis así como la PCR para micobacterias de la muestra. No hubo complicaciones derivadas de la técnica. El paciente respondió a los tuberculostáticos con resolución paulatina de la fiebre, mejora de los niveles de CD4 y ganancia ponderal previa a la cirugía del cistoadenoma mucinoso.

Comentarios

Una presentación clínica poco específica, la ausencia de lesiones radiológicas y el bajo rendimiento de la baci-

loscopia del esputo hacen del diagnóstico de TBM un desafío. El diagnóstico diferencial incluye linfomas, sarcoidosis, metastasis y enfermedades fúngicas. La USE permite el acceso al mediastino posterior y la obtención de tejido evitando procedimientos diagnósticos más invasivos.

C35. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ESOFÁGICO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ángel J.M., Cerezo A., Llamaza C.J., Aguera B., Reyes A., Iglesias E., Naranjo A., de Dios J.F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

El tumor de células granulares es benigno en la mayoría de los casos, aunque puede malignizarse. Es infrecuente y suele diagnosticarse de forma incidental. Se origina en las células de Schwann.

Caso clínico

Mujer de 54 años sin antecedentes de interés, que se somete a una endoscopia digestiva alta por síntomas de reflujo gastroesofágico, en la que se observa una lesión sésil de algo menos de un centímetro y coloración amarillenta en tercio medio esofágico. En la biopsia se encontró una proliferación celular benigna con diferenciación neural (proteína S100 positiva), compatible con un tumor de células granulares. Se realizó una ultrasonografía endoscópica que puso de manifiesto una lesión de ecogenicidad heterogénea y 6.7 mm de diámetro máximo, que deja por fuera la 3ª capa hiperecogénica. El tumor se extirpó mediante mucosectomía endoscópica. Actualmente sigue revisiones periódicas con endoscopia digestiva alta y ecoendoscopia, sin hallazgos relevantes en el último control 6 meses después. Se presenta video.

Comentarios

El tumor de células granulares esofágico, aunque raro, es el segundo tumor estromal esofágico más frecuente tras el leiomioma. La mayoría son asintomáticos por lo que se descubren de forma incidental al investigar otra patología. La biopsia permite el diagnóstico histológico sólo en el 50% de los casos por su localización submucosa. La ecoendoscopia es esencial para determinar con precisión la capa originaria, el tamaño y los límites de la lesión, y su realización es obligada para evaluar una posible resección, dada su potencialidad de malignización. Diversos estudios sugieren que la resección endoscópica es el tratamiento de elección si su tamaño es inferior a 2 cm, no afecta a la capa muscular propia y no presenta criterios de malignidad en el estudio histológico.

C36. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO: DIAGNÓSTICO POR ECOENDOSCOPIA

Soto Escribano M.P., Casáis Juanena L., Vida Pérez L., Reyes López A., Jiménez Sánchez J.R., Vignote Alguacil M.L., Naranjo Rodríguez A., de Dios Vega J.F.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La ultrasonografía endoscópica es una técnica que combina, por un lado, la endoscopia, y por otro la ecografía, consiguiéndose una imagen ecográfica de las distintas capas de la pared del tubo digestivo y órganos próximos a él. Una de sus principales indicaciones la constituye la estadificación loco-regional de tumores malignos esofágicos, gástricos, colorrectales y pancreaticobiliares. Igualmente, permite tomar muestras mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y aplicar terapéutica endoscópica.

Caso clínico

Mujer de 34 años derivada de otro hospital para completar estudio de una lesión en el área teórica de la cabeza pancreática. Se había realizado estudio digestivo y en una TAC se halló una lesión hipodensa de aproximadamente 4.5 centímetros en la encrucijada duodenopancreática. Por la localización, se planteó si esa lesión era dependiente del páncreas, o bien, procedía de la pared duodenal (tumor GIST). Para ello se realizó una ecoendoscopia. Se comprueba la integridad ecográfica de las capas de la pared duodenal, descartando, por tanto, el diagnóstico de GIST; en cabeza de páncreas se observa una lesión sólida, bien delimitada, de la que se toman muestras mediante PAAF, con estudio citológico positivo para malignidad, realizándose duodenopancreatocetomía cefálica cuya biopsia aporta el diagnóstico de tumor neuroendocrino pancreático, con bajo índice de proliferación (Ki-67 < 10%) y escasas mitosis, sin invasión vascular y márgenes libres. La evolución posterior fue favorable y no se ha documentado recidiva del tumor.

Comentarios

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos suelen ser no funcionantes (50-60%) y localizados en cola o cabeza de páncreas. El 10-30% de los casos pueden encontrarse en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple y menos del 1% en una enfermedad de Von Hippel-Lindau. Pueden ser detectados mediante TAC multicorte, resonancia o por ecoendoscopia; esta última, con una sensibilidad superior al 94% para la visualización de los tumores menores de 10 mm y en pacientes asintomáticos, permitiendo además la confirmación histológica.

C37. UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA COLÓNICA (PILLCAM COLON®) EN UNA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA

Maldonado Pérez B., Romero Vázquez J., Caunedo Álvarez A., Pellicer Bautista F.J., Herrerías Gutiérrez J.M.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Diversos estudios preliminares han señalado una elevada sensibilidad y especificidad de la cápsula endoscópica colónica (CEC) comparada con la colonoscopia convencional en el estudio de la patología colónica. El objetivo de

nuestro estudio fue valorar la utilidad y seguridad de la CEC en la práctica clínica de una consulta de gastroenterología.

Métodos

Se trata de una serie de casos consecutivos en la que se incluyeron sujetos con semiología colónica, pacientes en seguimiento e individuos en cribado de cáncer colorrectal (CCR). El estudio mediante CEC fue realizada con la preparación y procedimiento ya establecidas, previa firma de consentimiento informado. La naturaleza y localización de los hallazgos, el tiempo de tránsito colónico, las complicaciones, el grado de limpieza y la concordancia diagnóstica con la colonoscopia, cuando ésta se realizó, fueron los parámetros analizados.

Resultados

Se incluyeron un total de 49 sujetos (26M/13H; 53.26±14.53 años) cuyas indicaciones fueron: Cribado de CCR (31 pts), seguimiento de enfermedad inflamatoria intestinal o pólipos colónicos (9 pts), hallazgo radiológico/colonoscopia incompleta (4 pts), diarrea y dolor abdominal (3 pts), y anemia/rectorragia (2 pts). La exploración mediante CEC fue completa en 47/49 casos (95.92%), sin que se evidenciara ningún caso de retención. La preparación fue buena en 30/47 (63.83%) pacientes, regular en 13/47 (27.66%), y mala en 4/47 (8.51%) casos. La mediana del tiempo de tránsito colónico fue de 81.5±119.65 minutos. Los hallazgos colorectales más frecuentes fueron: hemorroides (24 pts), divertículos (23 pts), pólipos (20 pts), lesiones compatibles con EII (7 pts), y angiodisplasias (3 pts). Hasta la fecha se ha realizado colonoscopia convencional a 10 pacientes con pólipos colónicos, en las que se confirmaron los hallazgos capsuloendoscópicos.

Conclusiones

La cápsula endoscópica colónica es una técnica segura que permite el estudio no invasivo del colon. Se precisan amplios y de coste-efectividad para determinar con exactitud las indicaciones de esta nueva técnica en la patología colónica.