

COMUNICACIONES ORALES

Mesa Comunicaciones IV

1. PREPARACIÓN COLÓNICA Y FACTORES RELACIONADOS

I. Grilo-Bensusan, E. Gómez-Delgado, M. Cañas-Blanco, V. Arjona-Pérez, I. Ruz Segura, R. Navarro-López

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCJA. APES BAJO GUADALQUIVIR.

Objetivos

Analizar la preparación del colon para la colonoscopia y determinar factores relacionados.

Métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico entre febrero de 2007 y diciembre de 2009. La valoración de la preparación se realizó por el endoscopista de manera cualitativa en dos categorías: buena y mala. La preparación se realizó con polientilenglicol.

Resultados

Se registraron 1037 colonoscopias cuya indicación era completa. La distribución por género fue 49,1% hombres y 50,9% mujeres. La edad mediana fue de 55 años.

La preparación se estimó como buena en el 77,4% de las exploraciones. Se asoció una peor preparación, con diferencias estadísticamente significativas, con el antecedente de colonoscopia previa y a un mayor peso del paciente. Se asoció también con una mayor edad y con el género masculino y con la indicación de la colonoscopia, sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa. En los pacientes con peor preparación se redujo el número de colonoscopias completas e ileoscopias.

En el estudio multivariante se asociaron de manera estadísticamente significativa el peso y la colonoscopia previa.

Conclusiones

La preparación con PEG fue adecuada en la mayoría de los casos.

Se asoció una peor preparación con un mayor peso del paciente y con la realización de una colonoscopia previa. Otros factores como el género masculino, una mayor edad, y la indicación no alcanzaron diferencia estadísticamente significativa.

La peor preparación reduce la tasa de colonoscopias completas.

	PREPARACIÓN MALA	PREPARACIÓN BUENA	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (p)
Sexo (mujer)	104/226 (46%)	408/774 (52,7%)	0,076
Edad (mediana,años)	55	54	0,154
Peso	80	74,5	<0,001
Antecedente de cirugía	97/223 (43,5%)	332/767 (43,3%)	0,955
Colonoscopia previa	99/225 (44 %)	278/764 (36,4%)	0,039
Indicación			0,09
Ileoscopia	61/226 (27%)	274/774 (35,4%)	0,018
Biopsia	141/226 (62,4%)	500/774 (64,6%)	0,542
Hasta ciego	178/226 (78,8%)	669/774 (86,4%)	0,005
Tolerancia buena	171/222 (77%)	648/765 (84,7%)	0,007
Tiempo de exploración (mediana)	28	27	0,588
Dosis de midazolam (media)	1,565	1,636	0,048
Dosis de petidina (media)	33,170	36,678	0,018

2. CARACTERIZACIÓN DE ADENOPATÍAS MEDIANTE ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (USE-PAAF). NUESTRA EXPERIENCIA.

V. Martos-Ruiz, C. Alegría, P. De La Torre, J.G. Martínez-Cara, M. Ojeda, E. Redondo, J. De Teresa.

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

La ultrasonografía endoscópica se ha convertido en el "gold-standard" para la caracterización de adenopatías en numerosas localizaciones. Con nuestro estudio pretendemos analizar el papel de la USE en el diagnóstico definitivo de adenopatías objetivadas mediante otras técnicas.

Métodos

Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes sometidos a ecoendoscopia con indicación de "estudio de adenopatía" durante el periodo 2009-2012 en nuestro hospital. Se recogen las variables: edad, sexo, realización de punción aspiración con aguja fina, localización, tamaño, apariencia ecoendoscópica y diagnóstico histológico tras PAAF.

Resultados

Se realizaron 28 ecoendoscopias para estudio de adenopatías, con PAAF en el 82% de ellas. Las localizaciones más frecuentes de las adenopatías fueron: mediastínicas (35,7%), hilio hepático (35,7%), tronco celiaco (14,3%), peripancreáticas (7,1%). Su apariencia ecoendoscópica fue de malignidad en el 71,4% de los casos, confirmándose histológicamente su naturaleza maligna sólo en el 50% de los casos. El número medio de pases de PAAF fue de 2,1, obteniéndose material en el 78,5% de los casos. El diagnóstico histológico más frecuente fue linfadenitis inespecífica (17,9% de casos). Las adenopatías benignas presentan un tamaño menor que las malignas (25,4±16,3 vs 36,2±17,24 mm).

Conclusiones

- El aspecto maligno de las adenopatías por ecoendoscopia se confirmó tras PAAF en el 50% de los pacientes.

- El diagnóstico histológico más frecuente en nuestro estudio fue linfadenitis inespecífica.

3. TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA: PAPEL DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED.

P. De la Torre-Rubio, J.G. Martínez-Cara, A.M. Matas-Cobos, M.C. García-Marín, C. González-Artacho, M. López-de Hierro, J. De Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La enfermedad injerto contra huésped es la principal causa de muerte tras trasplante alogénico de médula ósea. La endoscopia digestiva juega un importante papel en el

diagnóstico.

Objetivos

Analizar valor de la endoscopia digestiva en pacientes sometidos a trasplante alogénico de médula ósea con sospecha de EICH.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en el que incluimos pacientes entre los años 2004-2011. Analizamos los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos. Los primeros se clasificaron según los Criterios de Freiburg para la colonoscopia, y de 0 a 4, siendo 0 normal y 4 denudación completa de la mucosa para la EDA.

Resultados

Se produjeron 107 trasplantes alogénicos de médula ósea. En 48 de ellos se sospechó EICH. En 32 pacientes se realizó EDA y en 20 colonoscopia. Colonoscopia: El grado más frecuente de afectación fue el 2 de la escala de Freiburg (53,3%). El 45% de los resultados de anatomía patológica fueron compatibles con EICH. EDA: El 67% de los pacientes presentaban focos de eritema y lesiones aftosas (grado 2). El 17% de la anatomía patológica fue compatible con EICH. En todos los pacientes que presentaban una escala Freiburg > 2 (58%) para colonoscopia o lesiones similares en EDA, se inició tratamiento de intensificación; presentando el 54% una buena respuesta clínica.

Conclusiones

En nuestra serie se ha demostrado la utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de la EICH, permitiéndonos empezar tratamiento de forma precoz, mejorando la supervivencia.

4. PAPEL DE LA USE-PAAF EN EL ESTUDIO DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS

A.M. Matas-Cobos, C. González-Artacho, P. de la Torre-Rubio, M.C. García-Marín, E. Redondo-Cerezo, J. G. Martínez-Cara, J. de Teresa-Galván

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

Una clasificación exacta del quiste pancreático es importante. Los no neoplásicos solo requieren tratamiento sintomático, mientras que los neoplásicos tienen un alto potencial de malignización y deben ser resecados. La USE-PAAF es esencial en esta decisión.

Objetivos

Estudio descriptivo de las lesiones quísticas pancreáticas diagnosticadas en nuestro servicio mediante USE desde enero de 2010 a enero de 2012.

Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Analizamos lesiones quísticas pancreáticas diagnosticadas en nuestro hospital en los últimos 24 meses.

Resultados

En 56 pacientes detectamos lesiones quísticas pancreáticas mediante USE. La localización más frecuente de las lesiones quísticas pancreáticas fue cabeza (34%), seguido de cuello, cola y proceso uncinado (7% cada uno de ellos). 2% pacientes presentó lesiones quísticas multifocales. Se realizó PAAF del quiste en 32 pacientes (57%), obteniendo líquido viscoso en 32% de ellos. Número medio de pases: 1,2. El diagnóstico mediante USE fue: pseudoquiste (32%), quiste simple (25%), NMPI (25%), Cistoadenoma seroso (14,3%) y neoplasia quística mucinosa (2%).

Resultados anatomopatológicos fueron: pseudoquiste (14,3%), adenoma seroso (8,9%), quiste (10,7%), cambios inflamatorios (7,2%), leves atipias (1,8%), cistoadenocarcinoma seroso (1,8%), adenocarcinoma mucinoso (1,8) insatisfactorio (5,4%). Tres pacientes presentaban CEA > 192 en líquido. Estos fueron intervenidos siendo el diagnóstico de la pieza quirúrgica: adenocarcinoma ductal mucosecretos en 2 casos y adenocarcinoma ductal infiltrante en 1 caso.

Conclusiones

Aproximadamente 2/3 de las lesiones quísticas pancreáticas diagnosticadas en nuestro servicio mediante USE tiene aspecto benigno. USE-PAAF y elevación del CEA juegan un papel importante en el diagnóstico de lesiones quísticas potencialmente malignas.

5. EMBOLIZACIÓN EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA NO VARICOSA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

R. Beltrán 1, P. Cordero 1, M.B. Maldonado¹, F. Marcos 2, F.J. Romero 1, F.J. Pellicer 1, A. Caunedo 1

1 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. 2 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE HEMODINÁMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

Determinar la utilización y éxito del tratamiento endovascular, en hemorragias digestivas alta y baja, en nuestro entorno.

Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo, que incluye 8 pacientes, (3 mujeres/5 hombres), con edad media de 65,87 ± 16 años, 4 han presentado hemorragia digestiva alta (HDA) y 4 baja (HDB), refractaria al tratamiento médico-endoscópico y sometidos a embolización transarterial urgente, desde Julio del 2011 hasta Julio del 2012.

Resultados

De los 8 pacientes se embolizó la arteria gastroduodenal en 4/8, 1/4 la arteria gástrica izquierda, 1/4 la arteria pancreatoduodenal superior, 1/4 la arteria pancreática inferior y en los 4/8 la arteria hemorroidal superior. En 4/8 pacientes se apreció extravasación arterial durante la embolización. En 1/8 casos la utilización de hemoclips fue determinante para localizar la lesión. En 3 pacientes recidivó la hemorragia digestiva en menos de 10 días, controlándose en 2/3 casos tras nueva embolización. En 1/8 pacientes no se consiguió el cese de la hemorragia, produciéndose el exitus letalis por shock séptico. Un caso presentó síndrome postembolización autolimitado. No se apreciaron otras complicaciones y no ocurrieron nuevos episodios de hemorragia tras un seguimiento mínimo de 30 días.

Conclusiones

Según nuestra experiencia la embolización transarterial en los pacientes con hemorragia digestiva no varicosa refractaria al tratamiento médico-endoscópico se puede considerar una técnica eficaz y segura, aunque hacen falta más estudios controlados y con un mayor número de pacientes para conseguir un mayor nivel de evidencia.

6. DILATACIÓN HIDROSTÁTICA PAPILAR EN EL TRATAMIENTO DE COLEDOLITIASIS DIFÍCILES

M. Tercero-Lozano 1, F. Padilla-Ávila 2, G. Carrillo-Ortega 1, F. Morales-Alcazar 1, R.M. Gálvez-Fernández 1, E. Baeyens-Cabrera 1

1 COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN. JAÉN.
2 HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La dilatación neumática de la papila de Vater (DPB) se ha propuesto como alternativa eficaz a esfinterotomía endoscópica en el tratamiento de coledocolitiasis en pacientes con riesgo de complicaciones por características de cálculos, anatomía peripapilar o alteraciones hemostáticas.

Objetivos

Valorar eficacia y seguridad de la DPB en extracción coledocolitiasis en nuestra unidad.

Métodos

Se incluyeron 15 pacientes (10 varones y 5 mujeres con edad media $79,80 \pm 11,384$ años) entre Enero 2011 y Febrero 2012. Se utilizaron balones de diámetros comprendidos entre 8 a 15 mm, durante una media de dos minutos con control endoscópico y radiológico.

Resultados

El 53,3% pacientes estaban colecistectomizados. El motivo de ingreso fue ictericia obstructiva por coledocolitiasis en 12 enfermos y 3 casos de colangitis. 7 enfermos estaban en tratamiento antiagregante y 2 presentaban coagulopatías asociadas. Un 20% presentaba esfinterotomía previa y en 80% se realizó en mismo acto. El calibre medio vía biliar fue $16,93 \pm 4,367$ mm. La tasa de éxito fue 80%, con extracción completa de cálculos mediante balón, excepto tres pacientes que precisaron colocación de prótesis biliar plástica. La evolución fue satisfactoria en 12 pacientes (80%), presentando complicaciones 3 enfermos; dos pancreatitis y una hemorragia que precisó terapéutica endoscópica. Ninguna complicación fue grave, no produciéndose fallecimientos ni perforaciones.

Conclusiones

La DPB es una técnica alternativa a la esfinterotomía convencional, eficaz y segura, que ha demostrado su utilidad en diversos estudios, con porcentajes de éxito entre el 85 y el 100%, sin incrementar el riesgo de complicaciones.

7. EVALUACIÓN DE LAS NORMAS DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL "CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) FAMILIAR" EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

L.M. Alcázar, A. Martín-Lagos, E. Cervilla, M. Florido, A. Barrientos, F.J. Salmerón

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Objetivos

Valorar si se realiza un cumplimiento adecuado del programa de cribado de CCR en sujetos con riesgo familiar.

Métodos

Se ha realizado una autoauditoría interna. Mediante muestreo sistemático se han estudiado 60 pacientes con riesgo de CCR familiar sometidos a colonoscopia de cribado entre el 1 de enero y el 1 de diciembre de 2011 en el Hospital Universitario San Cecilio (Granada). En esta muestra se han analizado los indicadores de calidad siguientes:

1º) Porcentaje de pacientes sometidos a colonoscopia de cribado de CCR familiar que cumplen los criterios de CCR familiar.*

2º) Porcentaje de pacientes con historia clínica familiar cumplimentada.

3º) Porcentaje de pacientes sometidos a colonoscopia para el cribado de CCR antes de 1 mes.

Se ha establecido un resultado del 90% como estándar para el cumplimiento de estos indicadores.

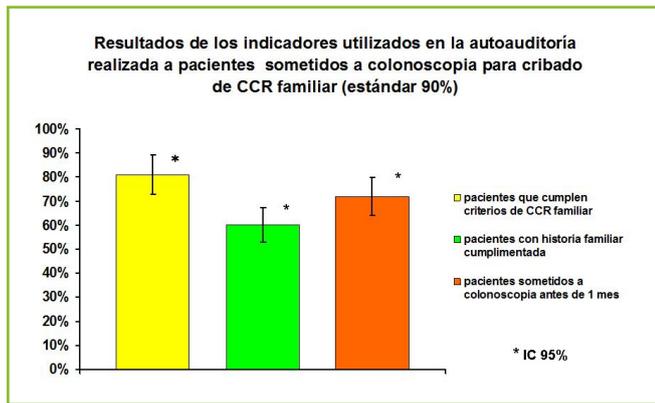
Resultados

El 81% de total de pacientes cumplen la indicación de CCR familiar, con un IC (95%) $\pm 10\%$. El 60% tienen una historia familiar adecuadamente cumplimentada, con un IC (95%) $\pm 12\%$. El 72 % se realiza la colonoscopia antes de 1 mes, con un IC (95%) $\pm 11\%$.

Conclusiones

Ninguno de los indicadores analizados cumple el estándar fijado, lo cual indica que el proceso no se está aplicando de forma adecuada. Se requiere la implantación de medidas para intentar mejorar el conocimiento y la formación científico-técnica de los profesionales implicados en el proceso asistencial, y una mejor organización que permita disminuir la demora entre la solicitud de la prueba y su realización.

(*) Aquellos individuos en cuyas familias se han identificado más casos de CCR que los esperados por el azar (agregación familiar), y que no siguen ningún patrón de herencia definido, a diferencia de los síndromes hereditarios. El riesgo de CCR aumenta según el grado de parentesco, el número de familiares afectos y la edad del diagnóstico de los mismos.



8. ESTENOSIS ESOFÁGICAS BENIGNAS REFRACTARIAS: TRATAMIENTO CON DILATACIÓN ENDOSCÓPICA ASOCIADA A INYECCIÓN INTRALESIONAL DE ESTEROIDES

A. Alcalde, S. Sobrino, M.A. Pizarro, T. López, J.M. Bozada, J.L. Márquez

SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Objetivos

La dilatación endoscópica es una modalidad eficaz para el tratamiento de las estenosis esofágicas benignas, aunque un número significativo de pacientes experimentan recurrencia. Nuestro objetivo es determinar la eficacia a largo plazo del tratamiento con inyección intralesional de esteroides (IIE) como alternativa.

Métodos

Estudio retrospectivo de 18 pacientes con estenosis esofágicas benignas refractarias desde 2008 a 2012.

Tratados inicialmente con dilataciones endoscópicas intermitentes, y tras su fracaso, con dilatación endoscópica asociada a inyección intralesional de triamcinolona en los 4 cuadrantes, en 3 o 4 sesiones consecutivas.

Calculamos el índice de dilatación periódica (IDP), definida como número de dilataciones por mes, tanto antes como después de la IIE.

Resultados

13 varones y 5 mujeres. Edad media de 56.7 ± 12 .

Etiología: anastomosis quirúrgica (n=11), caustica (n=3), radioterápica (n=3) y péptica (n=1).

El número de dilataciones, antes de pasar al programa de tratamiento combinado (dilatación mas IIE), fue de 8.29 ± 12.5 (2-44), durante 10.1 ± 11.8 meses.

El número medio de sesiones con tratamiento combinado fue de 3.7 ± 1.4 .

Observamos una reducción significativa del IDP con el tratamiento combinado (0.92 vs 0.22 ; $p=0,002$), así como del diámetro esofágico máximo conseguido (7.8 vs 13.2 , con una $p=0,001$).

Seguimiento global de 23.3 ± 11 meses (5-36).

Tiempo medio libre de terapéutica endoscópica tras el tratamiento combinado de 18 ± 11.6 meses (5-35).

Sin complicaciones graves asociadas.

Conclusiones

Con la terapia combinada en las estenosis refractarias, reducimos claramente la necesidad de sesiones endoscópicas, lo que supone reducción del coste económico, de la carga de trabajo para las unidades de endoscopias y un mayor beneficio para el paciente.

9. EVALUACIÓN DE LOS HALLAZGOS EN LAS COLONOSCOPIAS SOLICITADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HVN SEGÚN LAS RECOMENDACIONES ASGE 2000 (AMERICAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY)

M.J. Rodríguez, M.A. López, A. Matas, M. López-del Hierro, J.G. Martínez, E. Redondo, J. de Teresa

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Objetivos

Conocer las indicaciones de las colonoscopias solicitadas desde Atención Primaria y su adecuación y rendimiento diagnóstico según criterios ASGE.

Métodos

Estudio descriptivo incluyendo las endoscopias realizadas en nuestro hospital solicitadas desde Atención Primaria y Urgencias, entre Enero de 2010 y Diciembre de 2011. Se recogió procedencia y motivo de la solicitud. El grado de adecuación se estableció siguiendo la guía ASGE. Se consideraron lesiones relevantes: CCR, adenomas, EII, lesiones vasculares y otros. Lesiones no relevantes: pólipos hiperplásicos, diverticulosis, patología anal benigna, endoscopia normal. Se recogieron: exploraciones completas, grado de preparación del colon y sedación ó no con propofol y su dosis.

Resultados

Se incluyeron 430 colonoscopias: 96% del Centro de Salud y 4% de Urgencias. 234 realizadas a mujeres y 196 a hombres. Edad media: 53 años (17- 95). El 92% fueron sedados con propofol, dosis media 130mg (10-350mg). Intubación cecal en 93% de casos. El 89% de colonoscopias mostraron adecuada preparación. Indicaciones mayoritarias: cribado familiar de CCR (41%), hemorragia digestiva baja (27%), anemia (6%). El 76% de exploraciones mostraban adecuada indicación. Todos los casos de CCR y de pólipos adenomatosos se diagnosticaron en colonoscopias con adecuada indicación (14/14 y 23/23 respectivamente). No se detectaron lesiones relevantes en las endoscopias con indicación no adecuada.

Conclusiones

Los criterios ASGE parecen útiles identificando motivos de solicitud de colonoscopia que permiten mejor indicación de ésta. Existe mayor rendimiento en las colonoscopias correctamente indicadas. La solicitud de colonoscopias desde Atención Primaria es una buena medida para el despistaje de patología colónica.