

CP-001. CITOMEGALOVIRUS COMO CAUSANTE DE FÍSTULA COLOVESICAL

CABALLERO MATEOS AM, ROA COLOMO A, RUIZ RODRÍGUEZ A

APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La aparición de fístulas en colon son complicaciones descritas en diversas entidades como neoplasias, tratamiento radioterápico, diverticulitis o en la enfermedad

de Crohn. Pocas veces ha sido descrita en pacientes inmunocompetentes y sin alguno de estos cuadros.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 83 años con historia de hipertensión arterial e histerectomía total 15 años atrás. Acude a urgencias tras presentar fiebre desde hacía 4 días, fecaluria, neumaturia y rectorragia. Previamente no presentó síntomas urológicos ni abdominales. Se realizó una Tomografía urgente que mostró presencia de gas en vesícula e imágenes de un tracto entre la pared vesicular y el colon (**Figura 1**). Se procedió a realizar una



FIGURA 1

Imagen de TC donde se muestra gas dentro de la luz vesical y tracto entre la pared de la misma y el colon.

colonoscopia donde se observó una mucosa reticular cicatricial a 30 cm (**Figura 2**), frente a ella se encontraba un área inflamatoria y un orificio en su centro (**Figura 3**). A 5 cm se mostraba un segundo orificio de características similares del cual emanaba sangre, pero esta vez rodeado de mucosa aparentemente normal (**Figura 4**). Se tomaron biopsias de las distintas áreas. El resto de la exploración no presentó alteraciones. Se prescribieron antibióticos de amplio espectro y medidas de soporte, pero la paciente falleció a los 3 días. Pocos días después las biopsias de la endoscopia confirmaron la presencia de epitelio urotelial y colitis con positividad inmunohistoquímica para citomegalovirus (CMV).

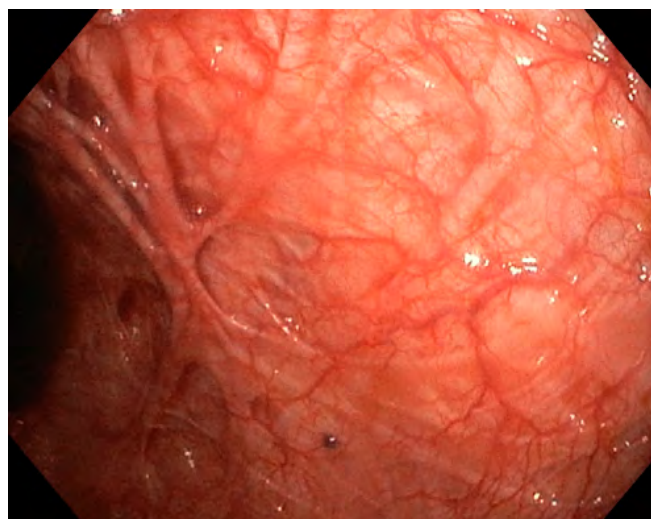


FIGURA 2

Mucosa colónica de aspecto reticular cicatricial.



FIGURA 3

Imagen endoscópica de uno de los orificios fistulosos, rodeado de mucosa de aspecto inflamatorio.

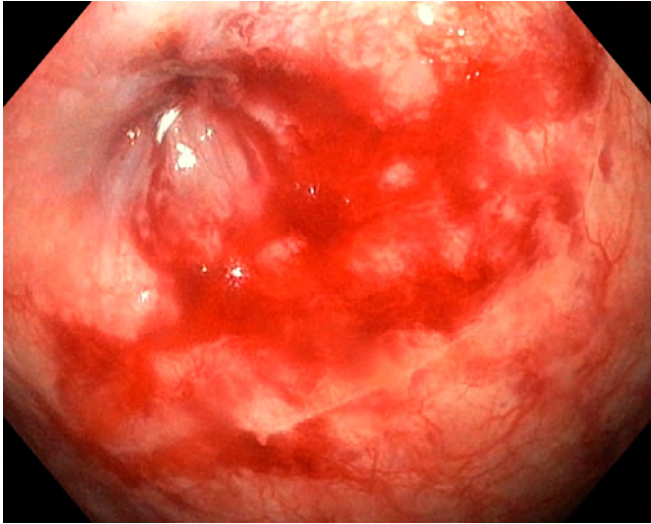


FIGURA 4

Imagen endoscópica de otro orificio fistuloso, de donde emana sangre fresca.

Discusión

La descripción de fístulas colovesicales raramente aportan infografía endoscópica dada su infrecuencia y la dificultad de poder identificarse intraluminalmente. Se han descrito pocos casos de fístulas provocadas por CMV en pacientes con inmunodeficiencia, sin embargo este tipo de complicaciones se consideran extremadamente raras en pacientes inmunocompetentes. El tratamiento de este tipo de fístulas es fundamentalmente quirúrgico previo soporte antibiótico. Se han descrito casos tratados vía endoscópica con cierre de fístula mediante clip over-the-scope, con resultados aparentemente esperanzadores. Desafortunadamente en nuestro caso la paciente no llegó a someterse a ninguna intervención invasiva debido a la inestabilidad clínica y fallo multiorgánico que sufrió en las siguientes horas, de haber sido posible, se habría planteado el tratamiento endoscópico dado su menor riesgo y buena tasa de efectividad.

CP-002. COLOCACIÓN DE COILS EN PACIENTE CON HEMORRAGIA VARICOSA

HERRADOR PAREDES M, ROSA SÁNCHEZ C, HEREDIA CARRASCO C, LÓPEZ VICO M, LIBRERO JIMÉNEZ M, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

Las principales complicaciones de la cirrosis derivan de la presencia de hipertensión portal, siendo una de las más importantes el desarrollo de varices esofágicas y gástricas que ocasionarán hasta en un tercio de los pacientes hemorragia digestiva alta. El arsenal terapéutico de la hemorragia varicosa incluye tratamiento farmacológico, endoscópico, colocación de TIPS, así como otras

opciones menos frecuentemente utilizadas como la cirugía o el tratamiento endovascular mediante inyección de determinadas sustancias o colocación de coils.

Caso clínico

Varón de 61 años con antecedentes personales de epoc, cirrosis hepática enólica y carcinoma epidermoide de laringe tratado mediante laringectomía y radioterapia, con estenosis esofágica postradioterapia en tratamiento con dilataciones endoscópicas periódicas. Ingresa en nuestra unidad por hemorragia digestiva alta con repercusión analítica, descompensación edemoascítica y reagudización de epoc. Dada la estenosis esofágica que no permitió el paso del endoscopio en la última sesión de dilatación se controla la hemorragia con perfusión de somatostatina y no se realiza endoscopia digestiva alta. A los cinco días de ingreso el paciente hace un nuevo episodio de hematemesis, con anemia y repercusión hemodinámica por lo que el paciente es trasladado a la UCI. Se realizó angioTC toracoabdominal (Figura 1) con hallazgos de material hiperdenso que ocupa el fundus compatible de extravasación de contraste sugerente de sangrado agudo de varices esofagogástricas. Dada la imposibilidad de colocación de TIPS urgente en ese momento en nuestro centro se decidió embolización de varices mediante colocación de coils por radiología intervencionista, con buenos resultados y sin sangrado posterior aunque el paciente finalmente falleció por complicaciones infecciosas asociadas a la ventilación mecánica.



FIGURA 1

AngioTAC toracoabdominal con visualización de extravasación de contraste.

Discusión

El tratamiento estándar en el sangrado varicoso combina tratamiento farmacológico con la ligadura de varices. En determinados casos, el paciente puede beneficiarse de otras alternativas terapéuticas, como TIPS, cirugía o la embolización de cordones varicosos. El

tratamiento endovascular permite tratar de forma selectiva la zona de origen del sangrado con una tasa de complicaciones menor que otras técnicas, por lo que puede ser una opción a tener en cuenta, especialmente en casos refractarios a otras terapias o en situaciones más especiales, como es el caso de nuestro paciente.

CP-003. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA CON PLEINVUE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, CIRIA BRU V, HERRERA MARTÍN P

UNIDAD ENDOSCOPIA. HOSPITAL QUIRONSALUD SAGRADO CORAZÓN. SEVILLA.

Introducción

La rentabilidad diagnóstica de la colonoscopia depende de una buena limpieza intestinal. Se evaluó la eficacia en la preparación del colon, la tolerancia y la seguridad de la preparación con un litro de PEG (polietilenglicol) más ácido ascórbico (Pleinvue).

Material y métodos

Se realizó un registro sistemático y prospectivo de todos los pacientes preparados para colonoscopia ambulatoria, en un hospital privado de Sevilla, con un régimen previo de dietas y dosis fraccionada de Pleinvue.

Se valoró la eficacia según la escala de limpieza de Boston (ELCB) y el grado de satisfacción mediante escala validada (Likert) (Figura 1), así como los principales eventos adversos. Se comparó una hoja de instrucciones sin gráficos en las tomas (Figura 2) a otra con gráficos explicando las tomas fraccionadas (Figura 3).

Resultados

Entre Enero de 2019 y Agosto de 2020 se incluyeron 250 pacientes (56% hombres), con una edad media de 51 años (rango entre 16 – 84).

Las indicaciones de la colonoscopia fueron: cribado de cáncer colorrectal 55%, rectorragia 17 %, seguimiento de pólipos 12% y miscelánea 16%.

La preparación fue excelente (ELCB mayor o igual a 8) en 77,6% de los pacientes y adecuada en el 98,0% con una puntuación mayor o igual a 6 en la ELCB. La preparación en los tres tramos del colon fue adecuada (ELCB igual a 2 ó 3) en casi el 97% de los casos. Cinco pacientes con ELCB de 3 a 4 sufrían estreñimiento crónico severo (Tabla 1).

Tomaron la preparación completa el 91,6% de los pacientes. El grado de satisfacción predominante fue satisfecho a muy satisfecho en el 52,0% de los casos. Respecto a los eventos adversos, 16 pacientes sufrieron vómitos (6,4%), 37 náuseas (14,8%) y otros (5,2%) (Tabla 2). La hoja de instrucciones con gráficos explicando las tomas fraccionadas disminuyó significativamente los vómitos ($p < 0,05$) (Tabla 3).

Conclusiones

La preparación con Pleinvue obtiene niveles óptimos de preparación, con efectos secundarios menores que no alteran su eficacia, siendo una alternativa con menor volumen y perfil de seguridad similar a otras preparaciones con PEG.

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Apellidos y Nombre _____

NUMERO HISTORIA _____

FECHA _____ EDAD _____

ESCALA LIKERT

(rodée con un círculo la opción adecuada)

<p>1) ¿Considera que el fármaco prescrito por su médico es fácil de ingerir?</p> <p>a) Extremadamente fácil</p> <p>b) Bastante fácil</p> <p>c) Ni fácil, ni difícil</p> <p>d) Bastante difícil</p> <p>e) Muy difícil</p>	<p>5) ¿En qué medida ha consumido el fármaco prescrito por su médico?</p> <p>a) 100%</p> <p>b) $\geq 75\%$</p> <p>c) $\geq 50\%$</p> <p>d) $\geq 25\%$</p> <p>e) $\geq 10\%$</p>
<p>2) ¿Ha afectado la toma de dicho fármaco a sus actividades cotidianas?</p> <p>a) Mucho</p> <p>b) Bastante</p> <p>c) Moderadamente</p> <p>d) Poco</p> <p>e) Nada</p>	<p>6) ¿Ha sufrido eventos adversos al tomar dicho fármaco?</p> <p>a) Tantos, que no he podido completar el tratamiento</p> <p>b) Alguno, que me ha hecho plantearme abandonar el tratamiento</p> <p>c) Alguno moderado</p> <p>d) Alguno leve</p> <p>e) Ninguno</p>
<p>3) Las restricciones dietéticas recomendadas por su médico, ¿han sido fáciles de seguir?</p> <p>a) Extremadamente fácil</p> <p>b) Bastante fácil</p> <p>c) Ni fácil, ni difícil</p> <p>d) Bastante difícil</p> <p>e) Muy difícil</p>	<p>7) ¿Cuál es su satisfacción global con el fármaco?</p> <p>a) Muy satisfecho</p> <p>b) Bastante satisfecho</p> <p>c) Ni satisfecho, ni insatisfecho</p> <p>d) Bastante insatisfecho</p> <p>e) Muy insatisfecho</p>

DESCRIBA LOS EVENTOS ADVERSOS: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIGURA 1

AngioTAC toracoabdominal con visualización de extravasación de contraste.

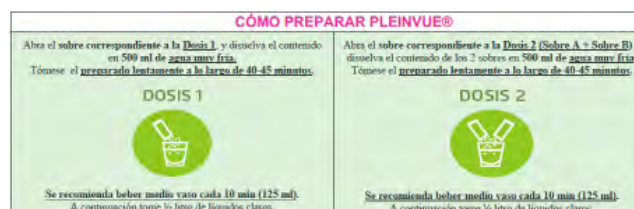


FIGURA 2

Preparación sin gráficos en las instrucciones de las tomas.

CÓMO PREPARAR PLEINVUE*

DOSIS 1	<ul style="list-style-type: none"> Abra el sobre correspondiente a la DOSIS 1 y disuelva el contenido en ½ litro de agua muy fría. Tómese el preparado lentamente a lo largo de 45 minutos (se recomienda un vaso cada 15 min). ¡IMPORTANTE! A continuación, DEBE tomar al menos ½ LITRO MÁS DE LÍQUIDOS CLAROS durante la siguiente hora.
DOSIS 2	<ul style="list-style-type: none"> Abra el sobre correspondiente a la DOSIS 2 (Sobre A + Sobre B) y disuelva el contenido de los sobres en ½ litro de agua muy fría. Conserve este preparado en el frigorífico. A continuación, prepare ½ litro de líquidos claros. Divida el preparado en 4 vasos y los líquidos claros en otros 4 vasos (8 en total), y tómese lentamente durante las siguientes dos horas (alternando un vaso de preparado con un vaso de líquidos claros). Se recomienda beber un vaso cada 15 min (125 ml). MUY IMPORTANTE PARA EVITAR NAUSEAS/VÓMITOS



FIGURA 3

Preparación con gráficos en las instrucciones de las tomas.

ELCB	Pacientes (n)	%
9	117	46,8
8	77	30,8
7	31	12,4
6	20	8,0
4	2	0,8
3	3	1,2

TABLA 1

Limpieza intestinal según escala de Boston.

% Item	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es fácil de ingerir	7,2	40,8	33,2	14,8	4,0
Ha afectado su vida cotidiana	10,0	18,8	34,8	24,4	12,0
La dieta fue fácil de seguir	15,6	55,6	22,8	5,6	0,4
Su sabor es agradable	4,7	11,6	38,8	29,2	16,0
Ha ingerido el total del producto	91,6	8,0	0,4	0,0	0,0
Ha sufrido efectos adversos	0,4	6,0	13,6	22,4	57,6
Ha tenido quedado satisfecho	10,8	41,2	36,0	8,4	3,6

TABLA 2

Resultados de la encuesta de satisfacción de los pacientes según escala Likert.

Tipo Efecto Adverso	Total (n/porcentaje)	Instrucciones sin gráficos (n=122)	Instrucciones con gráficos (n=128)	P (Chi Cuadrado)
Vómitos	16/6,4%	10,7%	2,3%	0,007
Náuseas	37/14,8%	11,5%	18,0%	0,102
Otros	13/5,2%	4,9%	5,5%	0,536
Ninguno	184/73,6%	73,0%	74,2%	1,000

TABLA 3

Comparativa de los efectos adversos según dos grupos en función de la hoja de instrucciones para las tomas del producto aportada al paciente.

CP-004. EVENTOS ADVERSOS INUSUALES DURANTE CPRE

JIMÉNEZ GARCÍA VA, ROMERO CASTRO R, RODRÍGUEZ TÉLLEZ M, MUÑOZ GARCÍA BORRUEL M, BELVIS JIMÉNEZ M, GUERRA VELOZ F, APARCERO LÓPEZ R, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La CPRE terapéutica es el procedimiento de elección en los trastornos pancreatobiliares. Dado sus potenciales eventos adversos (EA) graves es de suma importancia su prevención, reconocimiento precoz y tratamiento adecuado. Presentamos cuatro casos de EA infrecuentes y potencialmente mortales en un centro de alto volumen de casos (>350 CPRE anuales) realizados por endoscopistas experimentados (Figura 1).

COMPLICACIÓN	EDAD	GENERO	SINTOMAS	HALLAZGOS CPRE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	PERIODO DE SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Hemobilia	61	Mujer	Ninguno inmediato 5 días después de tra CPRE: dolor abdominal, ictericia, shock hipovolémico e hipertransaminasemia	• Colelitiasis • Fístula biliovascular • CPRE: gran coágulo intracavitario	• Colangiografía: fístula biliovascular • Angiografía: hemostasia subjetiva al conducto biliar	• Prótesis biliar plástica durante tra CPRE	5 días	Hemobilia
	62	Mujer	Instabilidad hemodinámica inmediata	• Colelitiasis • Sangrado no controlable endoscópicamente	• Angiografía: sangrado activo de una rama de la arteria hepática izquierda	• 2da CPRE urgente con colocación de prótesis metálica totalmente recubierta	11 meses	Refutada de prótesis metálica 10 meses después No recurrencia de síntomas
Embolicismo arterial	71	Hombre	ACV inmediato	• Estenosis papilar	• TAC de cráneo: Neumonectomía	• Reanimación en UCI	Exitus	Exitus
	77	Mujer	SCA y ACV inmediatos	• Divertículo por papilar • Colelitiasis	• Angiografía coronaria: turbulencias de aire en la arteria coronaria derecha. • Angiografía coronaria: turbulencias de aire en el sistema venoso, cavidad y arteria de la retina.	• Las turbulencias de aire desaparecieron después de la administración de contraste intravenoso durante la angiografía coronaria y cerebral	13 meses	Papilografía después de angiografía coronaria resultó endoscópicamente. No recurrencia de síntomas

* SCA: síndrome coronario agudo; ACV: accidente cerebrovascular; UCI: unidad de cuidados intensivos
* Todos los procedimientos se realizaron con CO2

FIGURA 1

Eventos adversos durante CPRE

Caso clínico

En el primer caso se observó una fístula biliovascular durante la colangiografía al extraer múltiples coledocolitiasis con balón de Fogarty, implantando una prótesis biliar plástica. 5-días después la paciente presentó shock hipovolémico e ictericia, ante la sospecha de hemobilia y su confirmación mediante CPRE, se colocó prótesis metálica totalmente recubierta con éxito. Se realizó colecistectomía a los 9-meses retirándose la prótesis endoscópicamente 1-mes después (Figuras 2 y 3).

En el segundo caso, la hemobilia ocurrió durante una CPRE en la que se realizó esfinterotomía sin incidencias inmediatas, extrayéndose cálculos del colédoco con balón de Fogarty. En una de las maniobras de extracción, cuando el balón estaba situado en la vía biliar intrahepática izquierda, el duodenoscopio perdió su posición pasando a estómago. Una vez nuevamente en la papila se observó sangrado masivo no controlado con adrenalina ni clips. El angio-TAC urgente mostró hemorragia activa de una rama de la arteria hepática izquierda, siendo eficazmente tratada mediante embolización con coils intravasculares (Figuras 4 y 5).

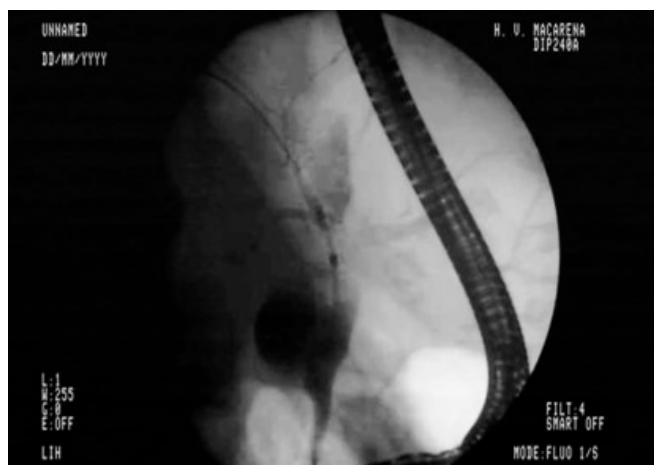


FIGURA 2
Fistula biliovascular.

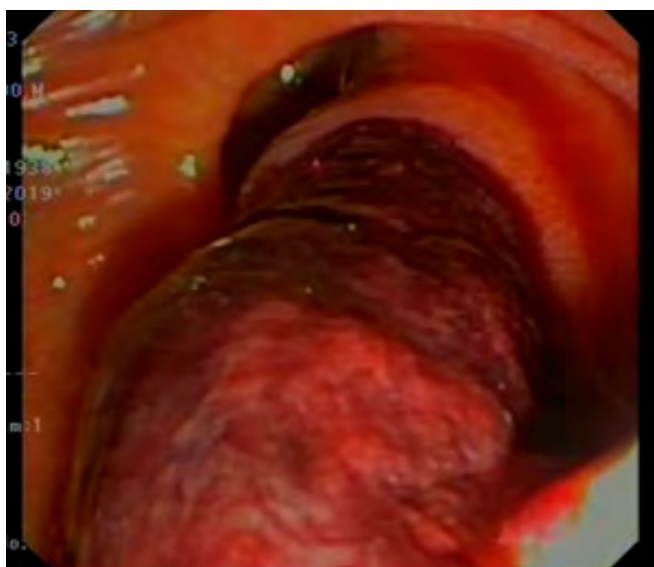


FIGURA 3
Imagen endoscópica hemobilia.



FIGURA 4
Imagen endoscópica hemobilia.



FIGURA 5
Angio-TAC, arteria hepática izquierda

Los dos pacientes con embolia gaseosa presentaron un ictus tras la CPRE. Uno de ellos falleció horas después mostrando el TAC neumoencéfalo. La otra paciente presentó también un IAM por el embolismo, resuelto tras fibrinólisis y administración del contraste intravenoso durante la angiografía urgente que “disolvió” las burbujas de aire (Figura 6). Posteriormente tuvo papilorragia resuelta con inyección de adrenalina y clips sin evidencia de nuevo embolismo aéreo.

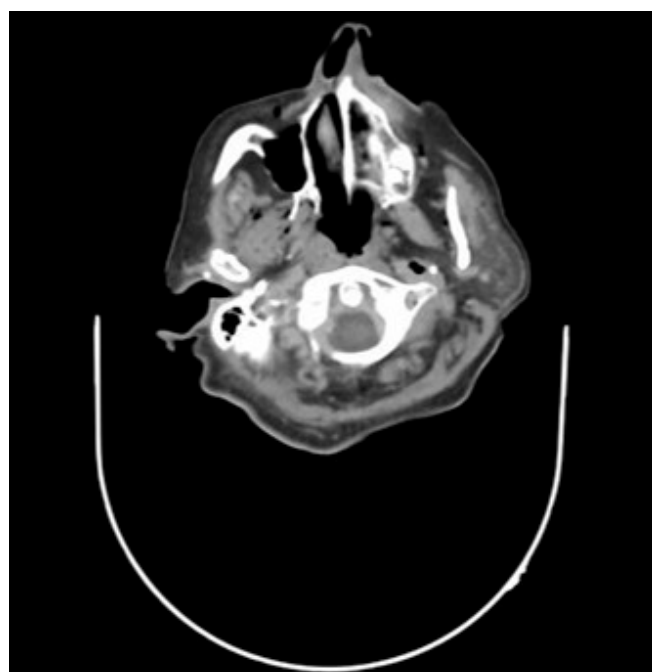


FIGURA 6
Embolismo aéreo.

Discusión

Presentamos estos casos infrecuentes de EA tras CPRE para resaltar la crítica importancia de un diagnóstico temprano y una terapia adecuada.

CP-005. HEMATOMA DUODENAL INTRAMURAL: COMPLICACIÓN EXTREMADAMENTE INFRECIENTE TRAS GASTROSCOPIA CON BIOPSIAS DUODENALES.

RICO CANO A¹, FLORES MORENO H²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

La realización de una gastroscopia con toma de biopsias se considera una técnica segura habiéndose descrito como las complicaciones más frecuentemente asociadas la hemorragia intraluminal y la perforación, siendo extremadamente raro el desarrollo de un hematoma duodenal intramural, con muy pocos casos reportados en la literatura.

Caso clínico

Varón de 20 años, con antecedente de hidrocefalia por meningocele y escoliosis, acude a urgencias por vómitos de 10 días de evolución que comenzaron tras la realización de gastroscopia con toma de biopsias gástricas y duodenales. Refiere que los vómitos inicialmente fueron de características biliosas y posteriormente postprandiales de contenido alimenticio. En urgencias se solicita ecografía abdominal donde se observa importante dilatación de cámara gástrica con abundante contenido en su interior. Se completa estudio con TAC abdomen con contraste intravenoso que informa de LOE de aspecto quístico que parece depender de cabeza pancreática y que condiciona severa dilatación gástrica (Figuras 1 y 2) y que presenta contenido hemático pudiendo ser secundaria a la realización de endoscopia previa.

Es ingresado en planta y se realiza gastroscopia apreciándose abombamiento de la cara posterior de segunda porción duodenal con luz reducida un 80%. Se consigue colocar mediante endoscopia

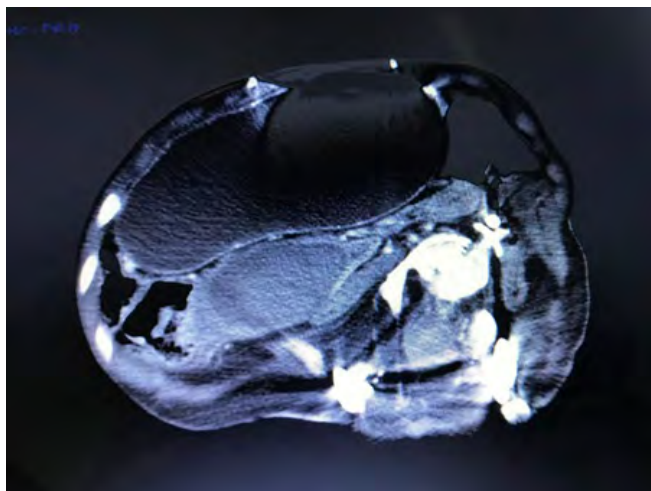


FIGURA 1

Imagen de TAC abdomen realizado en urgencias donde se observa cámara gástrica dilatada con abundante contenido en su interior.

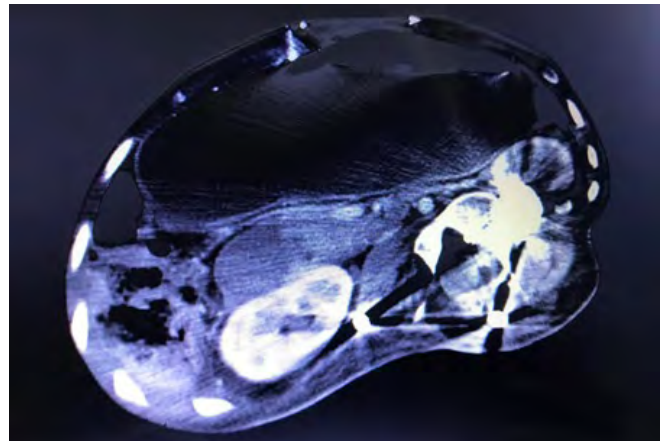


FIGURA 2

Imagen de TC abdomen donde se observa LOE de aspecto quístico que condiciona severa dilatación gástrica.

sonda nasoyeyunal sobrepasando el área estenótica y así asegurar la nutrición enteral. El paciente evoluciona favorablemente y se realiza control radiológico tras dos semanas con mejoría del hematoma pero persistencia del mismo y nuevo control al mes con resolución total.

Discusión

Los hematomas duodenales intramurales descritos tras la realización de gastroscopia suelen presentarse en la pared posterior del bulbo y la segunda porción duodenal, y su aparición podría explicarse a la localización del duodeno sobre el plano duro de la columna vertebral y su gran vascularización.

La clínica suele comenzar tras un periodo asintomático de 24-48 horas tras la realización de la gastroscopia, comenzando posteriormente con dolor abdominal intenso y vómitos secundarios a la obstrucción duodenal producida por el crecimiento del hematoma hacia la luz intestinal, y a menudo puede asociar pancreatitis y presentar colestasis en la analítica. La prueba diagnóstica de elección es el TAC abdomen.

Suelen tener una evolución favorable, resolviéndose de forma espontánea en 1-3 semanas con tratamiento conservador, y en caso de que produzcan una obstrucción completa duodenal o compresión de los órganos vecinos es importante su diagnóstico y drenaje precoz para evitar complicaciones secundarias como pueden ser la pancreatitis o las neumonías por aspiración.

CP-006. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO. DE LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LESIONES SUBMUCOSAS GÁSTRICAS.

MARTÍNEZ BURGOS M¹, BERLANGA CAÑETE S², ANGULO MCGRATH I¹, JIMÉNEZ PÉREZ M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA SERRANÍA. RONDA. MÁLAGA.

Introducción

En endoscopia no es infrecuente encontrar lesiones submucosas, mayormente benignas (lipoma, tumor de células granulares o de Abrikosoff). Sin embargo, hasta 1/5 pueden ser potencialmente malignas (GIST, TNE), y aunque predominan las asintomáticas, pueden debutar con presentaciones atípicas, como la hemorragia digestiva del caso que presentamos.

Caso clínico

Mujer, 60 años, anticoagulada por cardiopatía valvular reumática con prótesis mecánica. Se realiza gastroscopia por anemia, objetivándose lesión submucosa esofágica y lesión submucosa gástrica de 30 mm. Las biopsias describen gastritis crónica atrófica. En USE-PAFF se caracteriza la lesión esofágica como quiste de duplicación y la lesión gástrica como posible tumor carcinoide tipo III (tercera ecocapa, hipoeicoico y homogéneo), procediéndose a PAAF de la misma y de adenopatías perilesionales. La histología reveló adenopatías reactivas sin células neoplásicas y lesión gástrica compatible con tumor carcinoide gástrico tipo III bien diferenciado (células neuroendocrinas, ki67 1%). Análíticamente destaca elevación de CromograninaA (576 ng/ml) y gastrina (153 pg/ml); en probable relación con toma de IBP; resto de parámetros en rango (calcitonina, serotonina y 5-HIA). En TC + Octreoscam se descarta enfermedad a distancia.

Acude a urgencias por hemorragia exanguinante. Gastroscopia urgente: HDA secundaria a carcinoide gástrico ulcerado. De acuerdo a subtipo III, tamaño de lesión (>2cm) y hemorragia asociada, se indica manejo quirúrgico. La histología de la pieza quirúrgica reveló tumor carcinoide gástrico tipo III bien diferenciado ulcerado (células neuroendocrinas, ki67 1%, c-kit-, proteína s100 -).



FIGURA 2
Imagen endoscópica.

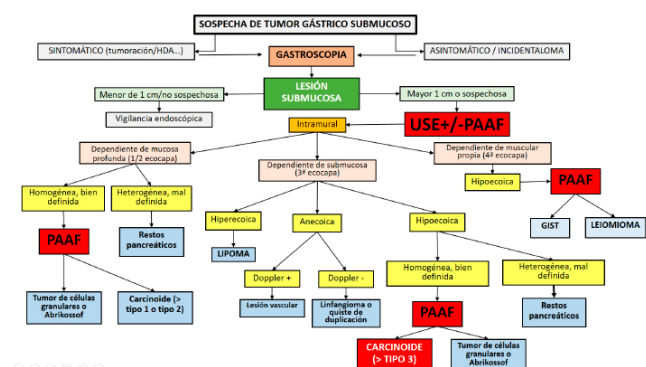


FIGURA 1
Manejo carcinoide gástrico.

Discusión

La USE-PAFF es esencial en la caracterización de lesiones submucosas y permite la realización de PAAF para estudio histológico. En nuestro caso, diferenció una lesión submucosa benigna (quiste de duplicación) de una potencialmente maligna (tumor carcinoide gástrico), y mediante PAAF se estableció diagnóstico de tumor carcinoide gástrico tipo III, bien diferenciado, T2N0M0.

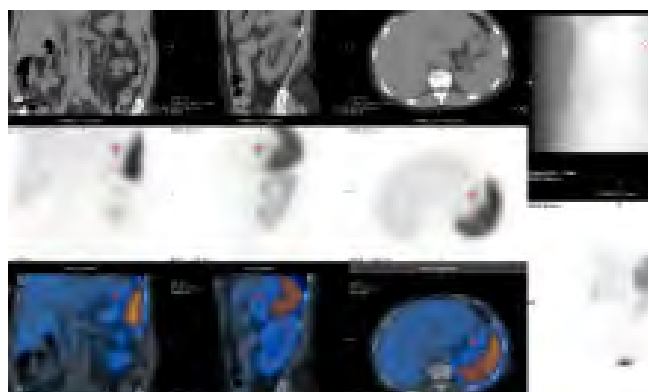


FIGURA 3

Existen tres tipos de tumores carcinoides gástricos: Tipo I (70-80%, sobre la base de una gastritis crónica atrófica, buen pronóstico), Tipo II (5%): consecuencia del Sd. Zollinger- Ellison secundario a un gastrinoma, buen pronóstico) y Tipo III (20%, tumor carcinoide primario o esporádico. Mal pronóstico y 65% metástasis hepáticas). El caso presentado corresponde al tipo III, lo cual, junto con la complicación hemorrágica, contraindican una actitud conservadora y hacen de la cirugía la mejor opción.

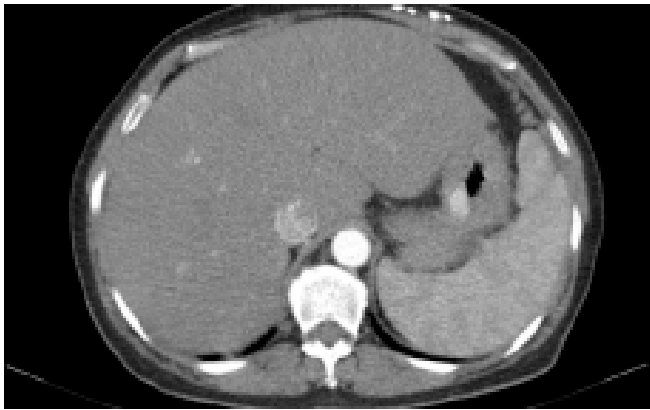


FIGURA 4
TC con lesión hipervascular.

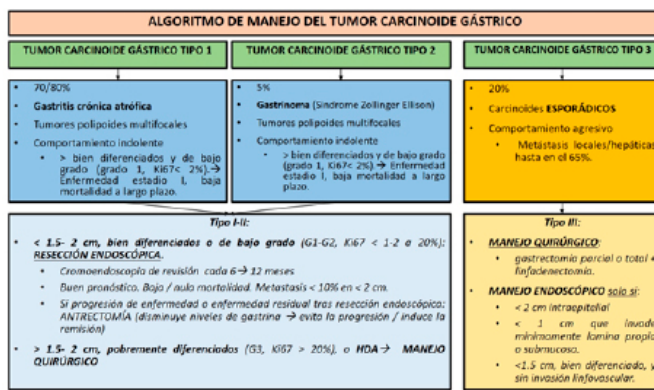


FIGURA 5
Algoritmo.

La importancia de conocer el manejo de lesiones submucosas se acentúa ante la aparición de una complicación emergente, como es una hemorragia digestiva exanguinante, la cual, a su vez, es extremadamente infrecuente en este tipo de lesiones.

CP-007. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DUODENAL

BERDUGO HURTADO F, DÍAZ ALCÁZAR MM, GARCÍA ROBLES A, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

El duodeno es la segunda localización más frecuente de divertículos, tras la diverticulosis colónica; representando el 79% de los divertículos extracolónicos. En el 62% de los casos los divertículos se encuentran en la segunda porción duodenal, muy proximales en la mayoría de los casos a la papila. Como complicaciones de estos, destacan la obstrucción gastroduodenal, biliar y/o pancreática; hemorragia o perforación.

Caso clínico

Mujer de 56 años con único antecedente de interés consumo reciente de AINEs, que consulta de forma urgente por hematemesis, rectorragia, hipotensión y analíticamente hemoglobina 8 g/dl. Tras estabilización hemodinámica, se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgo de restos de sangre fresca en duodeno procedentes de porción más distal. En tercera porción duodenal, se observa lesión compatible con divertículo duodenal con sangrado activo (Figura 1). Dada la poca posibilidad de acceso y manejo endoscópico, se realiza angiotomografía computarizada abdominal, en la que se confirma imagen de unos 15mm compatible con formación diverticular que depende del borde superior de la tercera porción duodenal (Figura 2) e imagen hiperdensa endoluminal sugerente de contenido hemático. Tras administración de contraste, se identifica pequeña rama posterior de arteria mesentérica superior en proximidad al divertículo, que se consigue embolizar. A pesar del tratamiento, paciente persiste con deposiciones melénicas y anemia; por lo que se decide realización de laparotomía exploradora que confirma la existencia de un divertículo duodenal de aproximadamente 3 cm de cuello, que se reseca. Tras la intervención, la paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos datos de resangrado.



FIGURA 1
Endoscopia digestiva alta. Observamos hemorragia digestiva activa con sospecha de origen de divertículo en tercera porción duodenal.

Discusión

Las hemorragias secundarias a divertículos duodenales pueden ser abordadas mediante tratamiento endoscópico, quirúrgico o embolización transarterial; no existiendo actualmente consenso sobre estrategia a seguir, ya que la experiencia es limitada. Con respecto a la endoscopia digestiva alta, se recomienda como prueba diagnóstica inicial en el sangrado digestivo alto. Esta prueba puede fallar en la identificación del punto de sangrado sobre todo si este es masivo o distal; pudiéndose emplear en este último caso el capuchón endoscópico para aumentar el alcance. En los casos en los que la endoscopia no identifique la zona de sangrado, se recomienda realización de tomografía computarizada abdominal



FIGURA 2

Angiotomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso. Objetivamos divertículo duodenal con contenido hemático endoluminal.

con contraste. El tratamiento endoscópico de estas lesiones se realiza con el endoscopio de visión lateral y debe ser cuidadoso, ya que estas lesiones son pseudodivertículos sin capa muscular; por ello para disminuir complicaciones tras resección se recomienda colocación de hemoclips. La diverticulectomía quirúrgica es una alternativa, aunque implica gran morbilidad.

CP-008. HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO MANIFESTACIÓN DE DIVERTÍCULO ANTRAL.

ANGULO MCGRATH I¹, FLORES MORENO H², PINTO GARCÍA I¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

Los divertículos son evaginaciones tapizadas por mucosa que sobresalen a través de las capas de una estructura tubular. Pueden ocurrir a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, siendo la localización gástrica la menos frecuente de todas. Su prevalencia se estima entre 0.04% y 0.11%, discrepancia debida al uso de diferentes métodos diagnósticos.

Suelen ser hallazgos incidentales en endoscopia digestiva alta, radiografía o TAC, y es frecuente que cursen de forma asintomática. No obstante, los síntomas más frecuentes son la plenitud postprandial y la epigastria. Las complicaciones incluyen sangrado, perforación y cáncer, aunque son inusuales.

Caso Clínico

Varón de 55 años; antecedentes de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Acude a urgencias por dolor abdominal de días de evolución y vómitos, siendo dado de alta con tratamiento sintomático. Acude nuevamente a las 48 horas por persistencia del dolor y heces de características melénicas.

A su llegada a urgencias, paciente con inestabilidad hemodinámica (TA 45/27, FC 100 lpm) y dolor a la palpación en epigastrio, sin irritación peritoneal. Analíticamente, Hb 6,5 gr/dL, previa dos días antes de 14.9 gr/dL. En EDA urgente se aprecia en región anterosuperior a píloro, orificio de 1 cm aproximadamente con vaso visible en su interior, realizándose terapéutica con adrenalina y etoxiesclerol (Figuras 1 y 2).



FIGURA 1

Orificio diverticular en región anterosuperior a píloro, con coágulo adherido.



FIGURA 2

Divertículo antral en el que se objetiva vaso visible.

Ante la persistencia de exteriorización y anemización en las siguientes 24 horas, se realiza segunda EDA urgente con IOT en la que se observa gran pan de sangre que ocupa todo lago mucoso y fundus. En antro prepilórico se aprecia orificio de aspecto diverticular de 12-14 mm con fondo ulcerado, fibrina en su base y vaso visible en región superior. Se inyecta adrenalina y se monta sistema OTSC liberándose con técnica de aspiración (Figuras 3 y 4), comprobándose buena hemostasia posterior.



FIGURA 3

Posicionamiento de OTSC mediante técnica de aspiración.

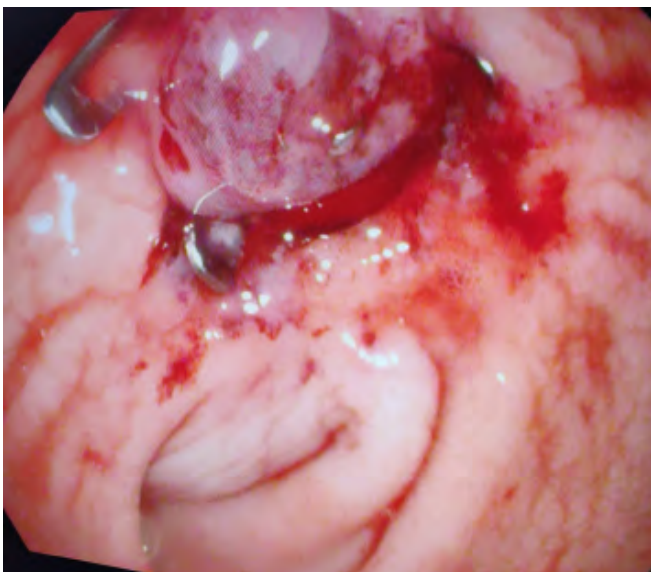


FIGURA 4

OTSC bien posicionado abarcando la totalidad del divertículo.

Discusión

Los divertículos gástricos son una patología infrecuente que suelen cursar de forma asintomática, siendo las complicaciones anecdóticas. Debido a la baja incidencia de esta patología, no existe consenso actual en cuanto al tratamiento. No obstante, recalcar la importancia de su conocimiento y sospecha ante pacientes con clínica persistente, ya que puede pasar desapercibido endoscópicamente y pueden complicarse requiriendo un manejo precoz; como es el caso de nuestro paciente, debutando con una hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera Forrest IIA con inestabilidad hemodinámica que simplemente presentó clínica inespecífica de rápida evolución y ha requerido terapéutica endoscópica para controlar el sangrado.

CP-009. HETEROTOPÍA GÁSTRICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES HALLADAS EN EL TRACTO DIGESTIVO.

ROMERO MORENO S, DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, AYUSO CARRASCO CAB, CARRILLO ORTEGA G

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

Introducción

La hemorragia digestiva es el signo de presentación de numerosas patologías, entre ellas la fístula aortoentérica (FAE). Aunque no muy frecuente, la FAE es una emergencia vital con un alto índice de mortalidad ya que su diagnóstico no siempre es fácil y su rápida evolución puede ser fatal.

Caso clínico

Varón de 72 años derivado a nuestras consultas por anemia y alteraciones metabólicas (hipocalcemia, déficit de fólculo, vitamina D e hipomagnesemia severas) en probable relación con síndrome malabsortivo. Como sintomatología principal presenta diarrea y rectorragia ocasional de años de evolución.

Se completa el estudio con analítica completa, que sólo evidencia las alteraciones previamente mencionadas, enterorresonancia y colonoscopia normales. En la gastroscopia se evidencia en duodeno, múltiples pólipos, de entre 5 y 10 mm (Figura 1) que se biopsian y un nódulo de aproximadamente 5 mm en cara anterior bulbar (Figura 2), que se reseca. En el estudio anatomopatológico de los pólipos se evidencia una hiperplasia de las glándulas de Brunner, y el nódulo una heterotopia gástrica multifocal e hiperplasia de células parietales.

Discusión

Las heterotopias son infrecuentes y representan la presencia de tejido fisiológico en una ubicación atípica. Se han presentado casos en la literatura en múltiples localizaciones, incluso extraintestinales, siendo la más frecuente el duodeno, como muestra nuestro caso.

Esta entidad debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones polipoides y se deben tener en cuenta por sus posibles complicaciones, dado que algunas de ellas son de carácter



FIGURA 1
Múltiples pólipos en duodeno.

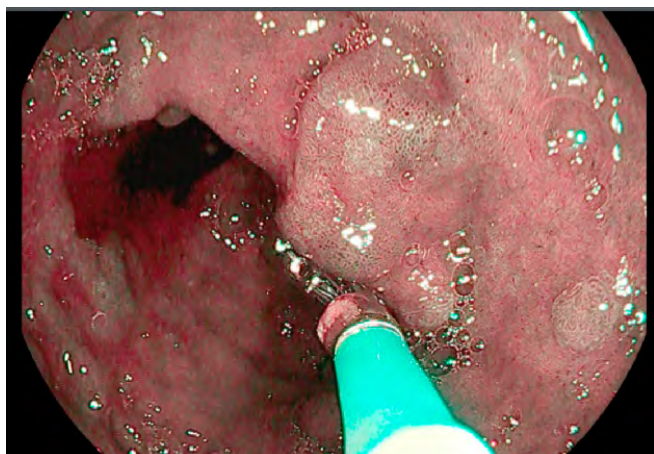


FIGURA 2
Nódulo de pequeño tamaño en cara anterior bulbar con histología compatible con heterotopía gástrica.

grave, como la hemorragia digestiva, la obstrucción intestinal, la perforación y la transformación maligna. Aunque en la mayoría, como en nuestro caso, suelen ser un hallazgo casual.

El diagnóstico definitivo es histológico. La resección endoscópica o la cirugía se ha considerado el tratamiento de elección en caso sintomáticos o con potencial de malignización, sobre todo las lesiones de mayor tamaño. En nuestro caso, se procede a su resección desde el principio, por lo que tras la misma no precisa más actuación.

CP-010. LITIASIS INTRAHEPÁTICA, UNA PATOLOGÍA BILIAR EXCEPCIONAL EN NUESTRO MEDIO

MOLINA VILLALBA C, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA, GALLARDO SÁNCHEZ F, GALLEGRO ROJO FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, ALMERÍA.

Introducción

La hepatolitiasis consiste en la existencia de cálculos situados proximalmente a la confluencia de ambos conductos hepáticos, independientemente de la coexistencia de coledocolitiasis o colelitiasis.

Caso clínico

Varón de 39 años oriundo de Senegal, en estudio por hipertransaminasemia asintomática con predominio de colestasis con estudio negativo (ceruloplasmina, alfa-1-antitripsina, VHC, VIH, HBsAg) y estudio de parásitos con serología negativas para Schistosoma, Strongyloides, sin detectarse parásitos en orina ni heces ni Microfilarias en sangre. Ingresó por epigastalgia y vómitos. Analíticamente mostró leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total 4,94 mg/dL, GOT 246 UI/L, GPT 338 UI/L, FA 338 UI/L y GGT 1161 UI/L; PCR 14,53 mg/dL con procalcitonina de 6,22 ng/mL. En la ecografía se observó dilatación de vía biliar intrahepática sin colelitiasis (Figuras 1 y 2). Se realizó TAC y colangio-RMN (Figuras 3-5) hepáticas que evidenciaron dilatación de vía biliar intra y extrahepática con defectos de repleción en colédoco y vía intrahepática derecha compatible con colédoco-hepatolitiasis sin colelitiasis. Se solicitó serología de Fasciola hepática que fue negativa. Realizamos CPRE con fistulotomía y extracción de coledocolitiasis con Fogarty (Figuras 6 y 7), en el mismo acto se hizo colangioscopia con Spyglass detectando una pequeña litiasis en hilio (Figura 8) sobre la que no se realizó litotricia por el pequeño tamaño y alta probabilidad de autoexpulsión. El paciente evolucionó favorablemente con antibioticoterapia y dicho drenaje, sin objetivarse dilatación ni litiasis residuales en vías biliares en control ecográfico.



FIGURA 1
Ecografía abdominal: vesícula biliar sin litiasis en su interior.

Discusión

La hepatolitiasis es frecuente en Asia oriental (30-50%), siendo rara en los países occidentales (0,6-1,3%).

Aunque no se conoce la etiología exacta, se ha relacionado con infecciones bacterianas recurrentes, infestación parasitaria, éstasis biliar por anomalías congénitas y factores ambientales, genéticos y nutricionales.



FIGURA 2

Ecografía abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática.

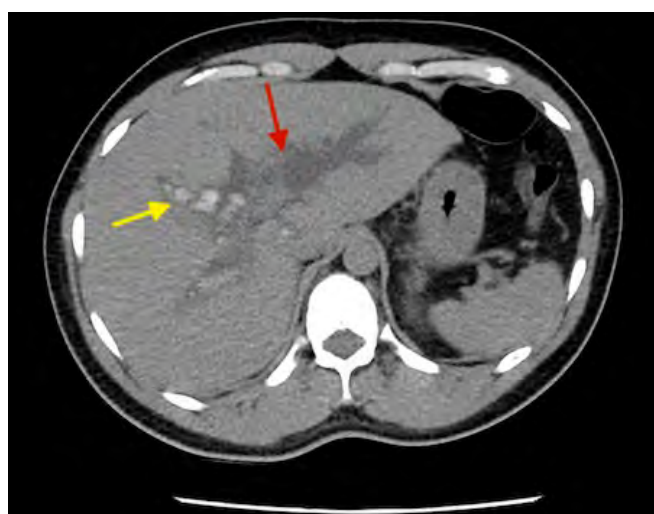


FIGURA 3

TAC abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática (flecha roja) y litiasis en vía biliar intrahepática derecha (flecha amarilla).

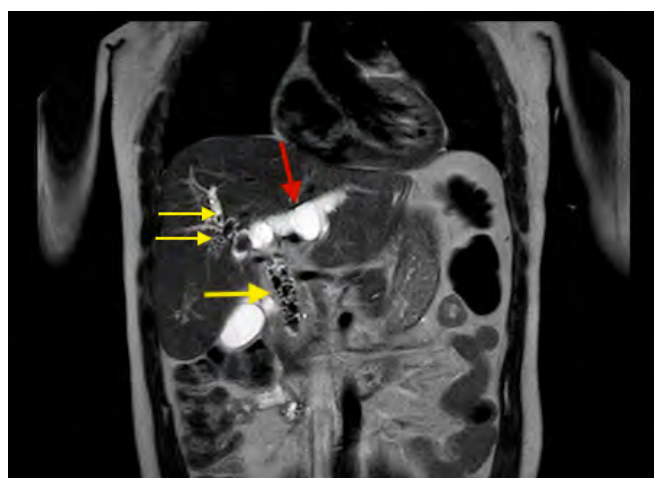


FIGURA 4

Colangiograma: dilatación de vía biliar intrahepática (flecha roja) y litiasis múltiples en vía biliar intrahepática y en colédoco (flechas amarillas) con vesícula alitiásica.

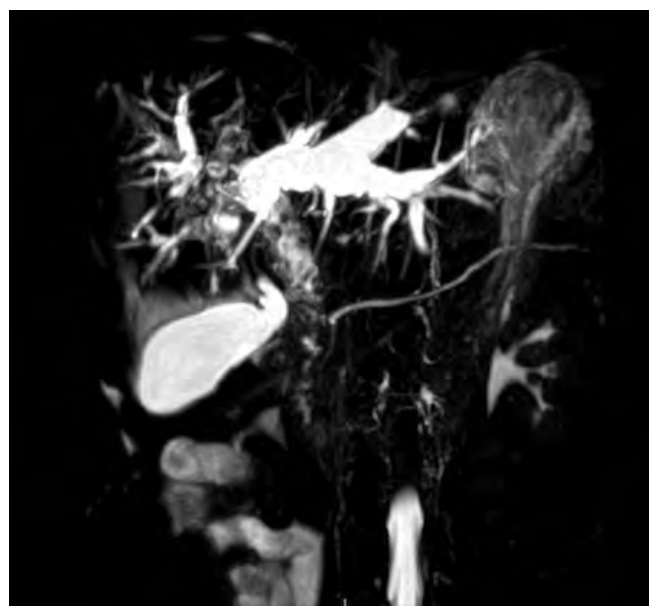


FIGURA 5

Colangiograma: llamativa dilatación de vía biliar intrahepática con vesícula alitiásica.

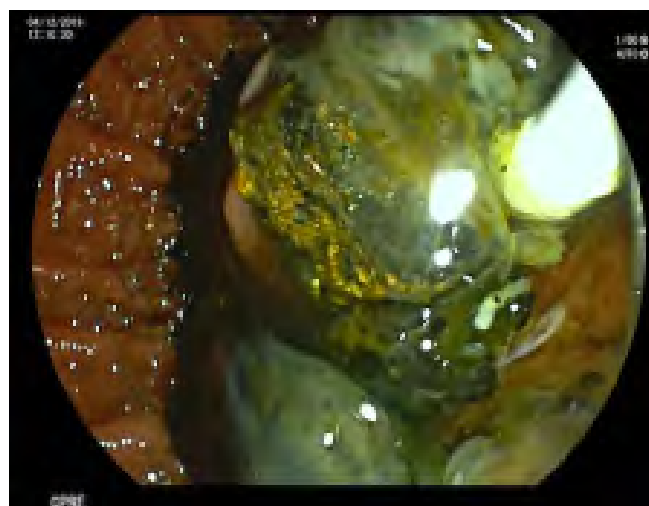


FIGURA 6

CPRE: extracción de coledocolitiasis con balón de Fogarty tras esfinterotomía.

Los síntomas incluyen dolor abdominal, ictericia, colangitis, abscesos hepáticos y sepsis. Los objetivos principales del tratamiento son evitar colangitis de repetición y detener la progresión a cirrosis biliar y a colangiocarcinoma (3-8%).

Los estudios radiológicos (ecografía, TAC, RMN) objetivan con precisión la anatomía biliar y son claves en el diagnóstico.

La CPRE y la colangiografía transhepática percutánea tienen fines terapéuticos (fragmentación y extracción de litiasis, biopsia de lesiones intraductales, colocación de stents).



FIGURA 7

CPRE: coledocolitiasis múltiples extraídas tras esfinterotomía y arrastre con balón de Fogarty.

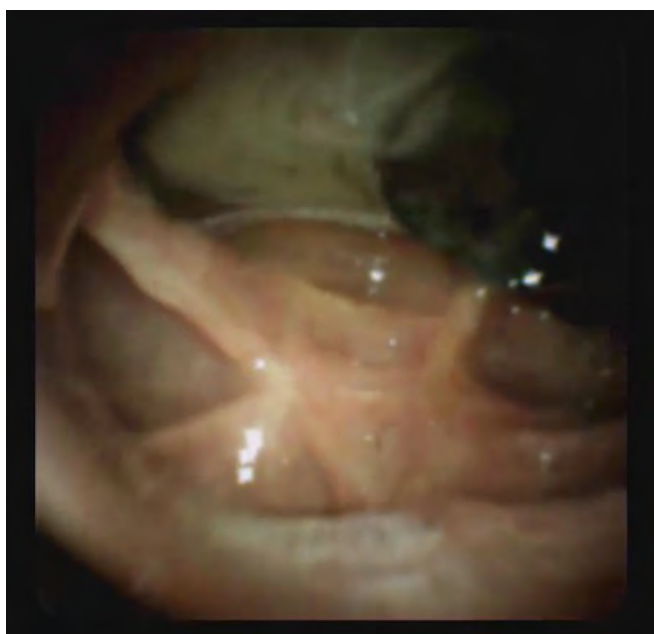


FIGURA 8

Colangioscopia con Spyglass DS: litiasis en vía biliar intrahepática de pequeño tamaño por lo que no precisó litotricia.

Se recomienda la litotricia con láser, electrohidráulica o neumática mediante colangioscopia percutánea o endoscópica cuando la resección quirúrgica del lóbulo afectado sea difícil, aunque presenta fracaso en el 40% por cálculos residuales o recurrencia, por lo que la cirugía tiene un papel primordial en el manejo de la hepatolitiasis.

CP-011. MIGRACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR COMO CAUSA INFRECUENTE DE PERFORACIÓN ILEAL

BARRANCO CASTRO D, APARCERO LÓPEZ R, LORENZO GONZÁLEZ L, ARGÜELLES ARIAS F, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Las complicaciones postCPRE tienen una incidencia del 4-16%, con una mortalidad del 0-1,5%, siendo más frecuentes las complicaciones precoces (pancreatitis aguda, papilorragia, perforación intestinal, etcétera).

Caso clínico

Mujer de 54 años en seguimiento en consulta de aparato digestivo por enfermedad de Crohn (A3L2B2) de 8 años de evolución en tratamiento con mesalazina y azatioprina. También diagnosticada de dilatación crónica de la vía biliar extrahepática, con requerimiento de varias CPRE y recambios de prótesis biliares (la última en 2013), con diagnóstico histológico de fibrosis papilar.

Acude a urgencias por dolor intenso a nivel de fosa ilíaca derecha de inicio brusco tras flexión dorsal acompañado de clínica sugestiva de obstrucción intestinal en las últimas 24 horas (vómitos, distensión abdominal y ausencia de emisión de gases y heces).

La paciente ingresa a cargo de digestivo por sospecha de obstrucción intestinal secundaria a su enfermedad de Crohn. En TAC urgente sin contraste (Figura 1) se localiza obstrucción a nivel de íleon distal, que condiciona dilatación de asas de intestino delgado. Se describe además un tubo hiperdenso en asa de íleon, compatible con prótesis biliar migrada.

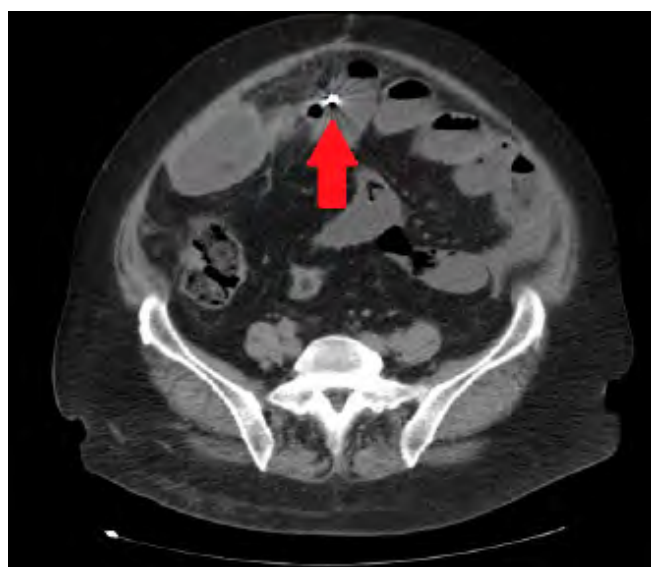


FIGURA 1

TAC abdominal. Obstrucción a nivel de íleon distal. Tubo hiperdenso en asa ileal compatible con prótesis biliar migrada (flecha).

En el momento de su valoración en planta, la paciente presenta mal estado general, con signos de peritonismo a la exploración abdominal, por lo que se decide tras valoración por cirugía, intervención quirúrgica urgente.

Durante la laparotomía (**Figura 2**) se evidencia peritonitis purulenta y perforación a nivel de íleon distal con material protésico enclavado (**Figura 3**), realizándose resección de las asas de intestino delgado involucradas (80cm) (**Figura 4**) y una anastomosis íleo-íleal. En la anatomía patológica no se objetivaron signos de actividad de su enfermedad de Crohn. Tras la cirugía, la paciente tuvo una recuperación progresiva y favorable.



FIGURA 2

Laparotomía con ovillo de asas de intestino delgado involucradas en cuadro obstructivo.



FIGURA 3

Perforación a nivel de íleon distal con prótesis biliar plástica enclavada.

Discusión

La migración de prótesis biliares tiene una incidencia del 3-6%, siendo la mayoría de ellas asintomáticas, eliminándose la pieza con las heces. La perforación intestinal secundaria a migración de



FIGURA 4

Pieza quirúrgica. Segmento de asas de intestino delgado resecadas.

prótesis biliar es una complicación extremadamente rara, y en el 92% de los casos es de localización duodenal. El primer caso de perforación de íleon distal por este motivo se describió en 2003, publicándose otro caso en 2010. Favorecen la migración protésica las prótesis plásticas frente a las metálicas y las cubiertas respecto a las no recubiertas. La importancia de este caso radica, además de por lo poco frecuente de su causa y localización, en la necesidad de filiar adecuadamente un cuadro sugestivo de obstrucción en un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

CP-012. MUCOCELE APENDICULAR: UN CASO DE RECIDIVA PRECOZ.

RUIZ PAGES MT, BOCANEGRA VINIEGRA M, MUÑOZ NUÑEZ M

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

Introducción

El mucocèle apendicular (MA) es una enfermedad poco frecuente con una incidencia estimada del 0,2–0,3% de todas las apendicectomías. Se caracteriza por una dilatación quística de la luz del apéndice con acúmulo de material mucinoso por un proceso benigno o maligno, siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente (50%).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años sin síntomas gastrointestinales previos al que se le solicitó un uro-TAC tras haber sufrido varias crisis renoureterales. Como hallazgo accidental, se encontró un apéndice dilatado (30 mm) con pequeñas calcificaciones parietales, y su luz ocupada por material hipodenso (flechas en **Figuras 1 y 2**). El paciente fue derivado a cirugía, realizándose una apendicectomía laparoscópica. El diagnóstico anatomopatológico fue compatible con MA secundario a cistoadenoma mucinoso.



FIGURA 1

Corte coronal de uro-TC donde se aprecia apéndice dilatado (flechas verdes).

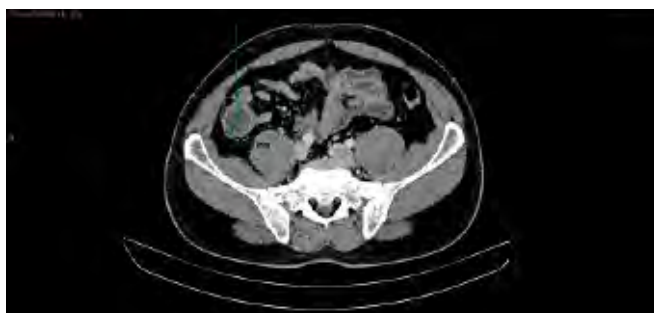


FIGURA 2

Corte axial de uro-TC donde se aprecia apéndice dilatado (flecha verde).

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, realizándose un TC de control 3 meses después donde se apreciaba una imagen redondeada de unos 3 cm, de localización intraluminal en el ciego y base del apéndice, sugestiva de recidiva tumoral. Posteriormente, se practicó una colonoscopia en la que se observó una lesión de aspecto submucoso que ocupaba gran parte del fondo cecal (**Figuras 3 y 4**). Finalmente, fue reintervenido mediante resección ileocecal. El estudio histológico de la pieza quirúrgica demostró recidiva del cistoadenoma mucinoso en el ciego.



FIGURA 3

Imagen endoscópica de lesión de aspecto submucoso.



FIGURA 4

Imagen endoscópica de lesión de aspecto submucoso.

Discusión

El concepto de MA incluye diferentes entidades anatomopatológicas: la hiperplasia focal o difusa de la mucosa apendicular, el cistoadenoma y el cistoadenocarcinoma apendicular.

La clínica es muy inespecífica, y las formas de presentación muy variables, siendo las más frecuentes, el hallazgo incidental en pruebas de imagen o el dolor/masa abdominal en fosa ilíaca derecha.

Las complicaciones son raras, y entre ellas se encuentran, la obstrucción intestinal, la hemorragia digestiva, y la más grave, la diseminación peritoneal de material mucinoso por su rotura (pseudomixoma peritoneal). La inespecificidad de los síntomas hace que más del 60% de los casos sean diagnosticados tras la cirugía.

Es frecuente el desarrollo de neoplasias sincrónicas o metacrónicas gastrointestinales en estos pacientes, sobre todo en el colon, por lo que se aconseja realizar una colonoscopia tras el diagnóstico de un MA.

El tratamiento de elección del MA es quirúrgico, siendo generalmente suficiente una apendicectomía. En casos de malignidad o en los que el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, se recomienda una resección cecal o hemicolectomía derecha.

CP-013. POLIANGEITIS MICROSCÓPICA CON AFECTACIÓN INTESTINAL

REQUENA DE TORRE J, ARIZA FERNÁNDEZ JL, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA, GÓMEZ TORRES KM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, ALMERÍA.

Introducción

La poliangeítis microscópica es una vasculitis necrotizante de pequeño vaso con manifestaciones sistémicas en la que la clínica gastrointestinal se presenta en menos del 10% de los pacientes. La endoscopia y biopsia, sólo confirmará el 5% de los casos.

Caso clínico

Mujer de 79 años con enfermedad renal crónica leve no estudiada que acude a servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal, diarrea con sangre y oliguria de varios días de evolución.

Analíticamente destaca: Hemoglobina 8.6 mg/dl, Creatinina 4.53 mg/dl, proteinuria y positividad para ANCA con anticuerpos Anti-MPO positivos.

Se realiza colonoscopia en la que se evidencian áreas parcheadas de mucosa de aspecto isquémico sin signos de necrosis, las cuales se biopsian y cuyo resultado informan de vasculitis leucocitoclástica con necrosis fibrinoide e infiltración por neutrófilos. Además se realiza biopsia renal que evidencia signos de glomerulosclerosis asociada a vasculitis ANCA.

Se pauta tratamiento con corticoides sistémicos y Rituximab mejorando progresivamente la clínica abdominal y la función renal por lo que se procede al alta hospitalaria.

De forma ambulatoria refiere episodios de dolor abdominal y diarrea postingesta que alternan con épocas intercrisis asintomáticas y que impresionan debido a una isquemia intestinal crónica. Se repite una segunda colonoscopia donde se evidencian pequeñas áreas parcheadas de mucosa erosionada con lesiones vasculares superficiales, friable y algunas de ellas con sangrado espontáneo, sin necrosis, muy similares a la primera exploración (**Figura 1**).

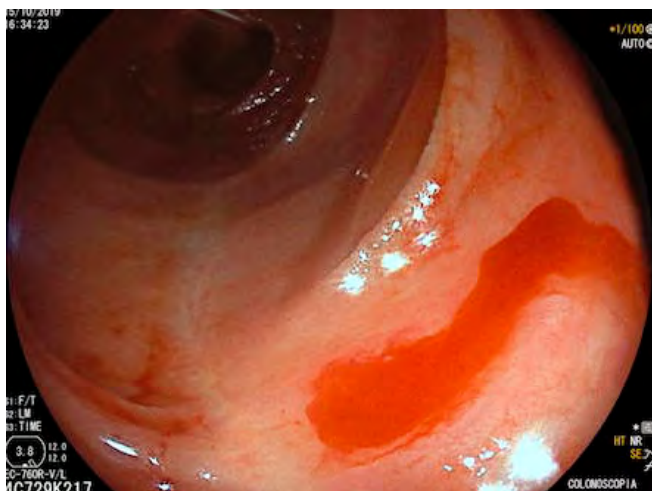


FIGURA 1

Mucosa erosionada con lesiones vasculares superficiales, friable con sangrado espontáneo, sin necrosis.

Discusión

Las manifestaciones gastrointestinales aunque con poca frecuencia han sido descritas en diferentes tipos de vasculitis. Entre ellas se encuentran las llamadas Vasculitis ANCA, pudiendo diferenciar entre anticuerpos anti-MPO y anti-PR3. La positividad de los primeros y negatividad de los segundos es sugerente de Poliangeítis microscópica (PAM). Histológicamente se caracteriza por fibrosis, leucocitoclasia y en ocasiones arteritis necrotizante. En esta entidad, que afecta comúnmente a ancianos, predomina el sangrado intestinal derivado de la necrosis vascular y la isquemia secundaria. Entre las complicaciones urgentes se encuentran la perforación colónica y el infarto mesentérico. El tratamiento se basa en el control de la enfermedad mediante terapia inmunosupresora reservándose la cirugía urgente para las complicaciones agudas.

En aquellos pacientes con sospecha de vasculitis que presenten síntomas gastrointestinales, se recomienda una prueba endoscópica. Ésta permitirá realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades más prevalentes sintomatología superpuesta. Aunque con poca frecuencia, permitirá objetivar hallazgos macroscópicos sugerentes de afectación vasculítica donde dirigir la biopsia. Ésta sin embargo presenta una sensibilidad confirmatoria cercana al 5% aunque fue positiva en nuestro caso.

CP-014. PSEUDOLIPOMATOSIS COLICA: UN HALLAZGO ENDOSCÓPICO INFRECUENTE.

RUIZ PAGES MT, MUÑOZ NUÑEZ M, BOCANEGRA VINIEGRA M

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

Introducción

La pseudolipomatosis cólica (PC) es una entidad benigna, infrecuente y generalmente asintomática. Su prevalencia oscila entre el 0,02% - 0,3% según las series de colonoscopias, aunque probablemente está infradiagnosticada.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 63 años sin antecedentes médicos de interés que fue sometido a una colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal tras haber presentado un test de sangre oculta en heces positivo. No refería síntomas gastrointestinales previos. Durante la introducción, se progresó hasta el ciego sin aparente dificultad, con buena preparación del colon (9 puntos según Escala de Boston), sin apreciarse lesiones. Sin embargo, al retirar el endoscopio se observaron, a nivel del colon transverso y del descendente proximal, extensas lesiones de la mucosa en forma de manchas blanquecinas, que no se desprendieron ni modificaron tras lavados (**Figuras 1 y 2**). Se tomaron biopsias cuyo resultado anatomopatológico fue compatible con una PC.

Discusión

Hasta el momento se han comunicado pocos casos de PC en la literatura médica. Su patogenia es controvertida, de forma



FIGURA 1

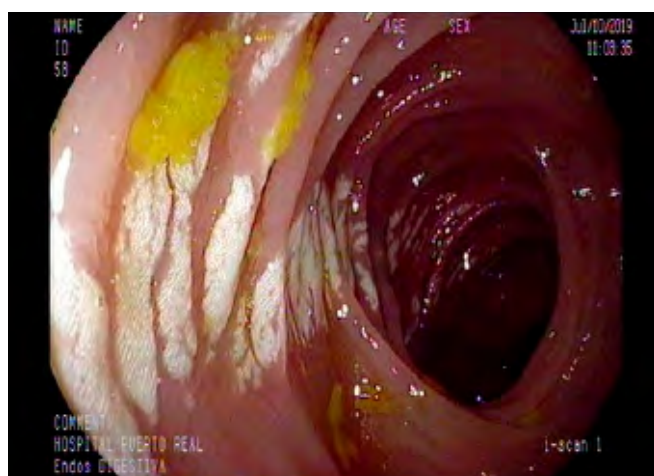


FIGURA 2

que, algunos autores han sugerido que podría originarse como consecuencia del barotrauma de la mucosa secundario a una excesiva insuflación durante colonoscopias difíciles, bien por presencia de angulaciones o formación de bucles. Otros han apuntado a un posible daño químico de la mucosa provocado por los productos de desinfección del material de endoscopia.

Aunque suele afectar al colon, también se han descrito casos de pseudolipomatosis en el duodeno y el estómago, sobre todo en el contexto de una gastritis crónica atrófica.

La imagen endoscópica típica es la de múltiples placas blanquecinas ligeramente sobreelevadas que pueden confluir alcanzando varios centímetros de extensión. Histológicamente, la PC se caracteriza por la presencia de vacuolas vacías de diferentes tamaños localizadas en la lámina propia que recuerdan a los adipocitos, pero que no muestran contenido lipídico en la inmunohistoquímica (de ahí el nombre de pseudolipomatosis).

El diagnóstico diferencial incluye la colitis pseudomembranosa, el linfangioma y la malacoplaquia del colon.

Habitualmente, las lesiones se resuelven de forma espontánea en pocas semanas sin necesidad de tratamiento específico.

CP-015. QUISTOGASTROSTOMÍA MEDIANTE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICA DE APOSICIÓN LUMINAL (PAL) GUIADA POR ECOENDOSCOPIA PARA DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS: EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

COBOS RODRÍGUEZ J, GARCÍA GARCÍA AM, PINAZO BANDERA JM, LAVIN CASTEJON I, ALCAÍN MARTINEZ G

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

Introducción

La Pancreatitis aguda (PA) representa una de las patologías más frecuentes e importantes en la gastroenterología. El manejo de sus complicaciones como la necrosis y las colecciones, es primordial para el pronóstico. Desde hace más de un lustro la endoscopia ha adquirido un papel importante en este escenario.

El objetivo de nuestro estudio es mostrar los resultados de eficacia, seguridad y evolución clínica a los seis meses de los pacientes a los que se les ha colocado prótesis de aposición luminal (PAL) guiada por ecoendoscopia como tratamiento de colecciones pancreáticas en un hospital universitario.

Caso clínico

Se analizaron de forma retrospectiva variables relacionadas con el paciente, la lesión y la técnica de un total de 38 casos procedentes de un Hospital Universitario en Málaga (Tablas 1-3). Se definió

Características del paciente	Resultado
n	38
Sexo	H: 29 (76,3%) M: 9 (23,7%)
Edad (años)	61,1
Etiología	PA biliar: 18 (47,3%) PA enólica: 6 (15,8%) PA lipémica: 3 (7,9%) PA idiopática: 7 (18,4%) PA postCPRE: 3 (7,9%) PA traumática: 1 (2,7%)
Duración del ingreso	33.1 (2-119) Media 25.5 (2-119) Mediana
PCR media pre- procedimiento (mg/dL)	130.4 (3-317) 116 (3-317)
PCR media post-procedimiento (mg/dL)	96,72 (2-274) 76 (2-274)
Leucocitos media pre- procedimiento (mg/dL)	11.567 (3800-31230) 10.550 (3800-31230)
Leucocitos media post-procedimiento (mg/dL)	10.020 (4.100-19.900) 9700 (4.100-19.900)
Exitus	2/38 (5,7%)

TABLA 1
Características del paciente.

Características de la colección	Resultado
Tipo lesión	CFPA: 2 (5,3%) SPQ: 11 (28,9%) CNA: 9 (23,7%) NE: 16 (42,1%)
Diámetro lesión inicial(mm)	100x89 mm
Diámetro lesión a 6m (mm)	7x5 mm
Resolución completa a los 6m	Si: 21/38 (55,2%) No: 9/38 (23,6%) ND: 8/38 (21%)
Indicación	Dolor abdominal: 9 (23,7%) Fiebre: 18 (47,4%) Compresión gastroduodenal: 8 (21%) Ictericia: 3 (7,9%)

ND: No datos. CFPA: colección de fluido peripancreática aguda. SPQ: pseudoquiste pancreático. CNA: colección necrótica aguda. NE: necrosis encapsulada

TABLA 2

Características de la colección.

Características de la técnica	Resultado
Procedimiento	Quistogastrostomía: 36 (94,7%) Quistoduodenostomía: 2 (5,3%)
Tamaño prótesis (mm)	15x10: 35 (92,1%) 20x10: 3 (7,9%)
Pig-tail	Si: 7 (18,4%) No: 31 (81,6%)
Aspirado	Si: 16 (42,1%) No: 22 (57,9%)
Cultivo positivo	12/16 (75%)
Éxito técnico	Si: 36 (95,1%) No: 2 (4,9%)
Éxito clínico	Si: 28 (73,7%) No: 10 (26,3%)
Complicaciones	Infección: 3 (7,9%) HDA: 1 (2,7%) Perforación: 1 (2,7%) Migración: 1 (2,7%)
Revisiones endoscópicas (media)	2,7 (0-11)
Sesiones necrosectomía (media)	1,60 (0-10)
Retirada de prótesis	Si: 29 (76,3%) No: 9 (23,7%)
Tiempo hasta retirada de prótesis (días)	112,56 (12-420)
Radiología intervencionista/Cirugía	RI: 3/38 (7,9%) QX: 3/38 (7,9%)

RI: Radiología intervencionista, QX: Cirugía

TABLA 3

Características de la técnica.

éxito clínico como la mejoría de los síntomas, adecuada tolerancia oral, desaparición de la fiebre o de la ictericia. La necesidad de complementar el tratamiento con otra técnica (radiológica o quirúrgica) se consideró fracaso clínico. Se definió éxito técnico como la ausencia de complicaciones intraprocedimiento o durante el ingreso. Se hizo un seguimiento mínimo de seis meses para comprobar la resolución de la lesión.

Resultados

El sexo predominante fue el masculino (76,3%). La etiología principal de la pancreatitis fue la biliar (47,3%). El tipo de colección drenada más frecuentemente fue la necrosis encapsulada (42,1%) y la indicación principal fue fiebre en el (7,4%). Se obtuvo un éxito técnico del 95,1% y un éxito clínico del 73,7%. Se apreció resolución completa de la colección a los seis meses en 21 pacientes (55,2%). A

siete pacientes (18,4%) se les asoció prótesis plásticas doble pigtail. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la resolución de colecciones pancreáticas o eventos adversos entre pacientes con PAL y PAL+ pigtail (Tabla 4).

	PAL	PAL+PIG TAIL	P
Éxito clínico	27/31 (87,1%)	7/7 (100%)	0.74
Complicaciones	6 (19,35%)	0	0.482

TABLA 4

Comparación entre PAL y PAL+PIGTAIL.

Conclusiones

De acuerdo con la literatura, observamos un importante porcentaje de éxito técnico y clínico con el uso de prótesis de aposición luminal, con escasas complicaciones por lo que se posicionan éstas como técnicas de elección en el manejo de las colecciones necróticas pancreáticas por encima de la cirugía clásica. Nuestro estudio demuestra que la colocación de PAL y pigtail se asocia a una tasa más alta de éxito clínico y a una tasa de eventos adversos más baja en comparación con el grupo PAL; sin embargo, las diferencias encontradas no alcanzaron la significación estadística. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para la validación de estos resultados.

CP-016. RECIDIVA DE POLIPOSIS EN RESERVORIO ILEAL EN UN PACIENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

FLORES MORENO H¹, RICO CANO A², TENORIO GONZÁLEZ E¹, VERA GARCÍA P¹

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. ANTEQUERA, MÁLAGA

Introducción

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria, habitualmente autosómico dominante, causada por una mutación en el gen APC situado en el cromosoma 5q21-22. La PAF clásica se caracteriza por la presencia de más de 100 pólipos en colon y recto, que de forma natural evoluciona en el 100% de los pacientes hacia un carcinoma en la 4ª década de la vida si no se trata previamente. El tratamiento consiste en la colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal, que presenta alto riesgo de recidiva en el remanente rectal a lo largo de los años, o la proctocolectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio. El porcentaje de recidiva de poliposis en el remanente rectal es elevada, aproximadamente el 15% de los paciente puede desarrollan cáncer de recto. El riesgo es menor cuando el paciente presenta reservorio ileal, pero no es inexistente, ya que se ha descrito casos de recidiva de adenomas en el mismo. La PAF atenuada, igualmente asociada al gen APC, presenta menor número de adenomas colorrectales que la forma clásica, habitualmente entre 10-99.

Caso clínico

Varón de 34 años diagnosticado de PAF, con realización de proctocolectomía total con reservorio ileal y anastomosis ileoanal hace 10 años. Durante el seguimiento se ha realizado colonoscopias de forma esporádica debido a un seguimiento irregular en consulta, la última en 2016 donde se observaba reservorio sin alteraciones y anastomosis ileoanal a 2 cm de aspecto normal. Tras acudir a urgencias por rectorragia se realiza rectoscopia que muestra la presencia de incontables pólipos (>100), los mayores de hasta 25 mm en el reservorio (**Figuras 1 y 2**). Se realiza entero-RMN para descartar lesiones a otros niveles que confirma nuevamente la presencia de múltiples pólipos en el reservorio (**Figura 3**). Se valora caso con cirugía general decidiéndose exéresis del reservorio con realización de ileostomía definitiva



FIGURA 1
Múltiples pólipos en el reservorio.

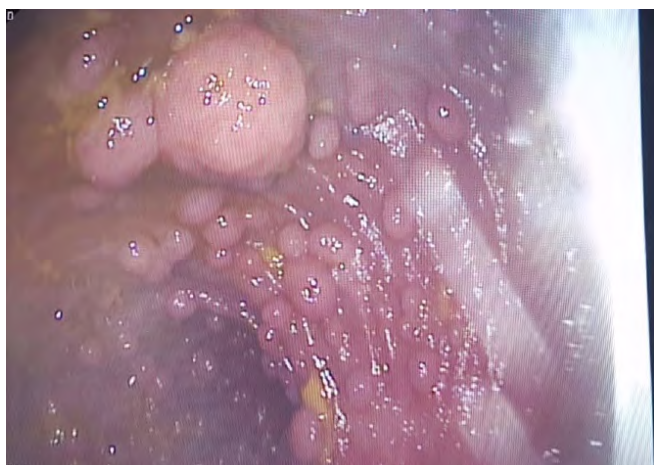


FIGURA 2

Discusión

Es muy importante concienciar al paciente de la importante de mantener seguimiento regular debido al alto riesgo de recidiva de su enfermedad, para ello, la creación de unidades multidisciplinarias

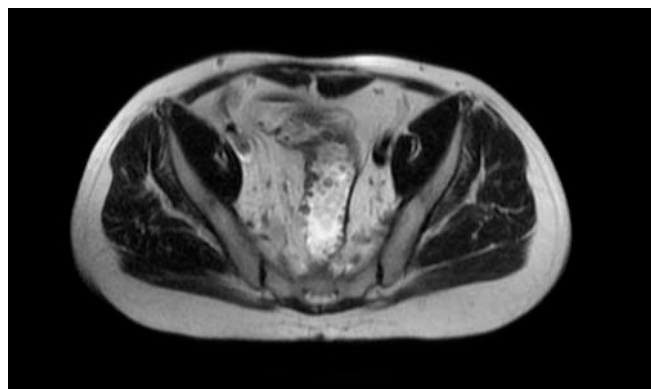


FIGURA 3
RMN que muestra múltiples pólipos en el reservorio ileal.

y mayor número de consultas especializadas en alto riesgo colorrectal ayudarían en este proceso que afecta generalmente a pacientes jóvenes, y en los que el apoyo y la prevención es de vital importancia.

CP-017. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN NUESTRO CENTRO

GIL AYUSO J, TORO ORTIZ JP, FERNÁNDEZ GARCÍA F, ANDRADE BELLIDO RJ

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

Introducción

Nuestra intención es analizar la rentabilidad diagnóstica de los distintos tipos de aguja utilizados en la toma de biopsias guiada por ecoendoscopia.

Caso clínico

Para ello, hemos realizado un estudio transversal analítico seleccionando una muestra total de 423 biopsias, realizadas en el Hospital Virgen de la Victoria (Málaga) en el periodo desde 01/2013 hasta 12/2019. Traspasamos los datos al sistema informático SPSS con el que llevamos a cabo análisis de frecuencia así como comparación de variables cualitativas utilizando la Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados

Nuestra muestra presenta una edad media de 65 años siendo el 44,2% mujeres. Las agujas para la toma de biopsias se muestran en la **tabla 1**, siendo el páncreas el órgano más biopsiado (**tabla 2**). Las biopsias guiadas por ecoendoscopia fueron el método diagnóstico definitivo (**tabla 3**) en el 62% de los casos (57,4% en primera PAAF/BAAF) obteniendo un porcentaje de verdaderos negativos y positivos (VN/VP) de 33,1% y 34% respectivamente, dejando un 18,9% de falsos negativos (FN).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	.5	.5	.5
BAAF Acquire 22G	41	9.7	9.7	10.2
BAAF Sharkcore 22G	96	22.7	22.7	32.9
BAAF Sharkcore 25G	7	1.7	1.7	34.5
PAAF 19G	16	3.8	3.8	38.3
PAAF 20G	1	.2	.2	38.5
PAAF 22G	208	49.2	49.2	87.7
PAAF 25G	3	.7	.7	88.4
PAAF No determinada	49	11.6	11.6	100.0
Total	423	100.0	100.0	

TABLA 1

Tipo de aguja de biopsia.

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7	1.7	1.7	1.7
Duodenal	15	3.5	3.5	5.2
Esófago	44	10.4	10.4	15.6
Estómago	18	4.3	4.3	19.9
Hilio Hepático	8	1.9	1.9	21.7
Mediastino	11	2.6	2.6	24.3
Otros	170	40.2	40.2	64.5
Páncreas (Cabeza-proceso uncinado)	44	10.4	10.4	74.9
Páncreas (Cola)	5	1.2	1.2	76.1
Páncreas (Cuello)	93	22.0	22.0	98.1
Páncreas (Cuerpo)	8	1.9	1.9	100.0
Páncreas (Difuso)				
Total	423	100.0	100.0	

TABLA 2

Localización de la lesión biopsiada.

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	155	36.6	36.6	36.6
Anatomopatológico (1ª USE-PAAF)	88	20.8	20.8	57.4
Anatomopatológico (1ª USE-BAAF)	8	1.9	1.9	59.3
Anatomopatológico (Biopsia metástasis)	13	3.1	3.1	62.4
Anatomopatológico (Otros)	47	11.1	11.1	73.5
Anatomopatológico (Pieza quirúrgica)	12	2.8	2.8	76.4
Anatomopatológico (Sucesivas USE-BAAF)	7	1.7	1.7	78.0
Anatomopatológico (Sucesivas USE-PAAF)	57	13.5	13.5	91.5
Otros	35	8.3	8.3	99.8
Progresión tumoral clínica o en técnicas de imagen	1	.2	.2	100.0
Total	423	100.0	100.0	

TABLA 3

Método diagnóstico definitivo.

6); aunque sí apreciamos una mayor rentabilidad diagnóstica global en lesiones quísticas pancreáticas respecto al resto de consistencias (p-valor < 0,005, **figura 1**). Intentando averiguar si el tipo de aguja influye en la necesidad de sucesivas biopsias no apreciamos diferencias significativas (p-valor 0,65). Sin embargo, la consistencia de la lesión, especialmente sólido-quística, sí que parece aumentar las probabilidades de una segunda biopsia (p-valor 0,01).

Tabla cruzada TIPO BX*RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO

			RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO		Total	
			Acier	FN		
TIPO BX	BAAF Acquire	Recuento	35	2	37	
		% dentro de TIPO BX	94.6%	5.4%	100.0%	
	BAAF Sharkcore	Recuento	71	19	90	
		% dentro de TIPO BX	78.9%	21.1%	100.0%	
	PAAF	Recuento	178	59	237	
		% dentro de TIPO BX	75.1%	24.9%	100.0%	
	Total		Recuento	264	80	364
			% dentro de TIPO BX	78.0%	22.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.141 ^a	2	.028
Razón de verosimilitud	9.053	2	.011
N de casos válidos	364		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.13.

TABLA 4

Comparación de la capacidad diagnóstica de cada tipo de aguja.

Tabla cruzada TIPO BX*RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO

			RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO		Total
			Acuerdo	FN	
TIPO BX	BAAF Acquire	Recuento	35	2	37
		% dentro de TIPO BX	94.6%	5.4%	100.0%
	BAAF Sharkcore	Recuento	71	19	90
		% dentro de TIPO BX	78.9%	21.1%	100.0%
Total	Recuento		106	21	127
	% dentro de TIPO BX		83.5%	16.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.686 ^a	1	.030		
Corrección de continuidad ^b	3.617	1	.057		
Razón de verosimilitud	5.567	1	.018		
Prueba exacta de Fisher				.035	.023
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 5

Comparación de la capacidad diagnóstica de ambas agujas BAAF.

Conclusiones

Si comparamos los aciertos (VN + VP) y los FN de los tres tipos de aguja observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa (p-valor 0,028) a favor de ambas BAAF respecto a la PAAF (**tabla 4**); presentando el tipo Acquire mayor rentabilidad respecto a Sharkcore (X2 y Fisher p-valor < 0,35, **tabla 5**). Sin embargo, el mismo análisis en lesiones exclusivamente pancreáticas no halla diferencias entre las distintas agujas (p-valor 0,094, **tabla**

La toma de biopsias guiada por ecoendoscopia conforma un método diagnóstico eficaz. El tipo de aguja BAAF obtiene mejores resultados respecto a las PAAF de manera global, siendo el tipo Acquire la más rentable en nuestro estudio, el cual no ha sido capaz de demostrar lo mismo en cuanto a lesiones pancreáticas se refiere. En nuestra muestra, la necesidad de sucesivas biopsias parece estar más influenciada por la consistencia de la lesión que por el tipo

			VAR00018		Total
			Acier	FN	
VAR00007	BAAF Acquire	Recuento	23	1	24
		% del total	8,2%	0,4%	8,5%
	BAAF Sharecore	Recuento	54	16	70
		% del total	19,1%	5,7%	24,8%
	PAAF	Recuento	144	44	188
		% del total	51,1%	15,6%	66,7%
	Total	Recuento	221	61	282
		% del total	78,4%	21,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,729 ^a	2	,094
Razón de verosimilitud	6,364	2	,042
N de casos válidos	282		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,19.

TABLA 6

Comparación de la capacidad diagnóstica de los tipos de aguja únicamente en lesiones pancreáticas.

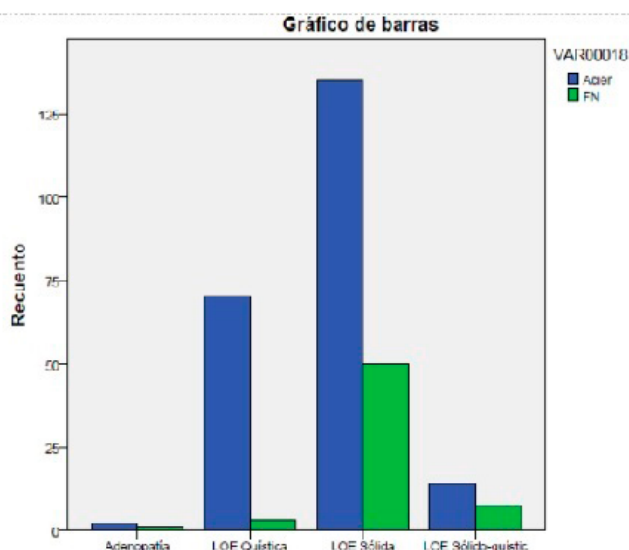


FIGURA 1

Capacidad diagnóstica de la biopsia guiada por endoscopia en función de la consistencia de la lesión.

de aguja utilizada. Debemos tener en cuenta el posible sesgo que comportan tanto el procedimiento como el análisis histológico ya que son operador-dependientes.

CP-018. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA ASISTIDA CON ENDOLIGADURA COMO TRATAMIENTO CURATIVO DE TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL

RIVAS RIVAS M¹, CARNERO RODRÍGUEZ JA¹, TORRES GÓMEZ FJ²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA. VEJER DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

²DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA. UTRERA, SEVILLA.

Introducción

La detección de tumores neuroendocrinos (TNE) rectales se ha incrementado en los últimos años en probable relación al aumento de procedimientos de colonoscopia.

La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y solo un pequeño porcentaje presenta dolor abdominal, pérdida de peso, sangrado u otros síntomas anorrectales.

Los TNE representan el 1-2% de todas las neoplasias del recto. Son lesiones típicamente benignas que pueden adquirir potencial de malignización.

Debido a la excepcional posibilidad de metástasis en TNE rectales de hasta 10 milímetros de tamaño, la resección endoscópica suele ser curativa en lesiones bien diferenciadas.

Caso clínico

Mujer de 40 años con obesidad grado I sin otros antecedentes médicos de interés. Presenta heces oscuras no melénicas de forma intermitente y larga evolución. Análítica completa normal. Dos endoscopias orales sin hallazgos patológicos en sendas asistencias a urgencias por dicha sintomatología, siendo derivada a nuestro centro para valoración.

Se realiza colonoscopia de forma programada, sin evidencia de lesiones mucosas en íleon terminal y colon. En recto, a 8 centímetros del margen anal externo, se identifica una lesión de 10 milímetros y aspecto submucosa. Se biopsia para su estudio anatomopatológico, con resultado de tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 1 (G1), índice mitótico < 2/10 y Ki-67 ≤ 2%. Se descarta enfermedad a distancia mediante tomografía computarizada con contraste intravenoso de tórax y abdomen.

Dado el tamaño de la lesión se lleva a cabo su resección endoscópica asistida con endoligadura, siendo la misma completa con márgenes de resección libres de tumor.

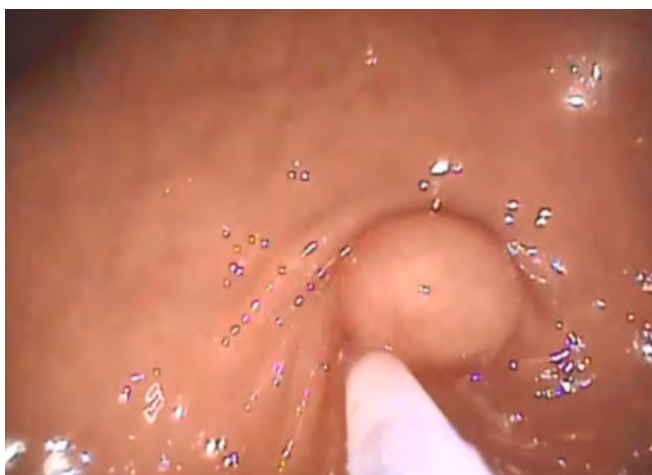


FIGURA 1

Tumor neuroendocrino rectal.



FIGURA 2

Visión del tumor neuroendocrino rectal bajo el dispositivo de ligadura con bandas elásticas montado sobre gastroscopio.



FIGURA 4

Resección endoscópica asistida con endoligadura de tumor neuroendocrino rectal: se abarca la lesión con asa trenzada de 15 milímetros por debajo de la banda elástica y se aplica corriente de diatermia.

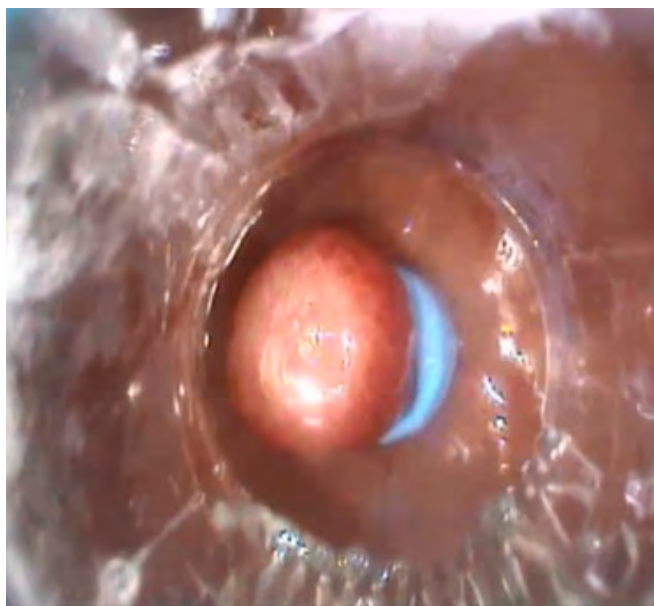


FIGURA 3

Colocación de banda elástica abarcando la base de la lesión mediante succión completa .



FIGURA 5

Escara tras resección de tumor neuroendocrino rectal.

Dos colonoscopias posteriores, a los seis meses y al año, sin datos endoscópicos de recidiva ni diagnóstico de nuevas lesiones.

Discusión

El único tratamiento curativo de los TNE es su resección completa. Las opciones terapéuticas varían según su tamaño, aspecto endoscópico y factores de riesgo. Aproximadamente un 78% de

los TNE rectales se tratan por vía endoscópica. En los TNE rectales menores o iguales a 10 milímetros, la resección endoscópica con cabezal de aspiración o con ligadura elástica es la técnica de elección; mientras que en aquellos de mayor tamaño, debe plantearse la disección endoscópica submucosa.

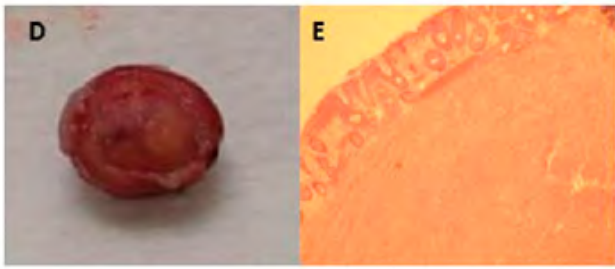


FIGURA 6

Pieza de resección y estudio anatomopatológico - tumor neuroendocrino G1 con márgenes de resección libres de tumor.

CP-019. TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICA. UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA CIRUGÍA DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.

DE LAGUNO DE LUNA Á¹, GONZÁLEZ CHAMORRO LADRÓN DE GUEVARA A¹, SÁNCHEZ YAGÜE A², GÁNDARA ADÁN N¹

¹DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

Las lesiones en la pared esofágica son complicaciones graves de las cirugías y endoscopias asociadas a una alta morbimortalidad.

En los últimos años, la terapia de vacío endoscópica (ETV) ha sido reconocida como método para reparar defectos del tracto gastrointestinal superior (TGIS) de distinta etiología. Desplazando así a las prótesis endoluminales.

Presentamos un caso que asocia ETV y prótesis para el tratamiento de la dehiscencia de sutura y sus complicaciones.

Casos clínicos

Varón de 71 años intervenido días antes de forma programada en otro centro por divertículo epifrénico y hernia de hiato, realizándose diverticulectomía y Nissen floppy. El paciente se traslada a nuestro centro con el diagnóstico de fuga en la línea de sutura, fiebre y sintomatología respiratoria. Con TAC objetivándose salida de contraste a pleura derecha y gran derrame asociado tratado mediante colocación de drenaje pleural. Se decide ingreso e inicio de antibioterapia de amplio espectro. Se realiza endoscopia bajo anestesia general, en la que se aprecia dehiscencia de sutura y cavidad paraesofágica de gran tamaño. Se procede a la limpieza y colocación de endoesponja y ETV. Se valora el caso con los servicios de infectología y nutrición, se aumenta la cobertura antibiótica y se inicia NPT.

En TAC de control se aprecia colección perigástrica, se realiza cambio de endoesponja y colocación de prótesis AXIOS en pared gástrica. El paciente evoluciona favorablemente con disminución y granulación de las cavidades. Tras 3 cambios, persiste pequeña cavidad paraesofágica, por lo que coloca prótesis esofágica e inicia dieta oral. El paciente es dado de alta asintomático y cuatro semanas más tarde se retiran endoprótesis y AXIOS de forma ambulatoria.



FIGURA 1

Colección pleural y dehiscencia de la anastomosis esofágica.



FIGURA 2

Colección perigástrica 7x3cm.

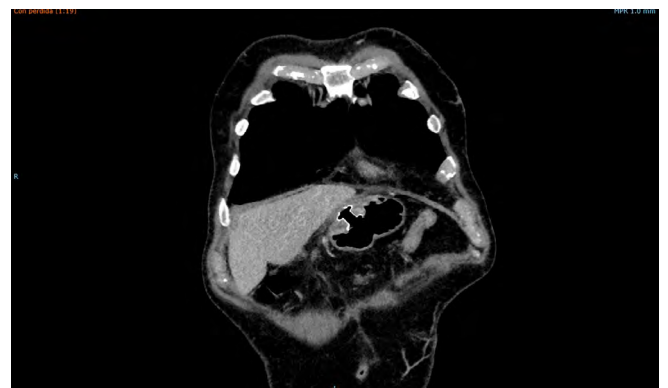


FIGURA 3

Prótesis AXIOS comunicando cámara gástrica y colección perigástrica.

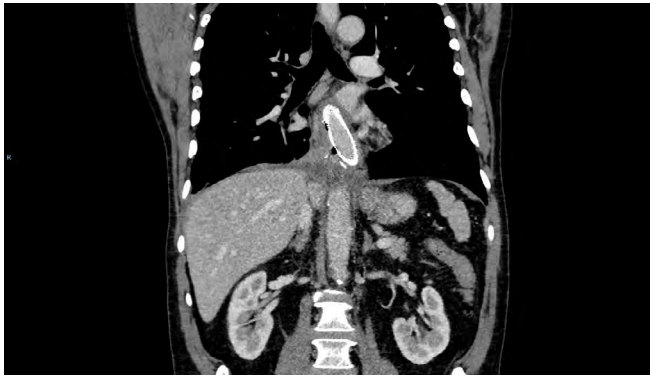


FIGURA 4
Endoprótesis esofágica.



FIGURA 5
Prótesis AXIOS y Endoprótesis esofágica.

Discusión

La ETV funciona aplicando presión negativa en la zona del defecto con un dispositivo de vacío y esponja de poliuretano, provocando el cierre del defecto y el drenaje del foco simultáneamente. Permite la visualización, el control del foco séptico y el ajuste de la terapia. Es fundamental asegurar el drenaje pleural o mediastínico y el adecuado soporte nutricional del paciente en una terapia que puede prolongarse semanas.

Como ventaja, la ETV es aplicable en todas las regiones esofágicas y variantes anastomóticas; así como un tratamiento definitivo o terapia complementaria, teniendo en cuenta el riesgo potencial de usarse en la proximidad de grandes vasos.

Los datos disponibles en la literatura indican que ETV es factible, segura y efectiva, con buenos resultados clínicos a corto y largo plazo en el control de daños de fugas del TGIS.

CP-020. UN HALLAZGO POCO FRECUENTE EN LA INTUBACIÓN DE ÍLEON DISTAL

PALOMINO LUQUE P¹, FLORES MORENO H¹, BERLANGA CAÑETE S²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA SERRANÍA. RONDA, MÁLAGA.

Introducción

Los tumores de intestino delgado representan entre el 3 % y el 6 % de todos los tumores gastrointestinales y menos del 3 % de todas las neoplasias malignas, siendo el adenocarcinoma primario poco frecuente y su localización principal duodeno y yeyuno, y con menor frecuencia, íleon. Los síntomas son inespecíficos, lo que condiciona un retraso en el diagnóstico y un peor pronóstico.

Caso clínico

Mujer de 60 años con antecedentes familiares de primer grado de cáncer colorrectal que consultó por hematoquecia y dudosa pérdida ponderal. Se realizó ileocolonoscopia preferente con hallazgo de proceso neofornativo en íleon distal sin afectación de válvula ileocecal. El diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma intramucoso sobre pólipo vellosos. La TC para el estudio de extensión fue informada como invaginación ileocecal. Se realizó hemicolectomía derecha con bordes de resección libres en pieza quirúrgica y ganglios linfáticos sin evidencia de metástasis.



FIGURA 1
Invaginación de íleon terminal en TC para estudio de extensión.

Discusión

La intubación del íleon terminal o ileoscopia durante la colonoscopia es recomendada por la mayoría de los expertos, pero existe controversia si resulta costo-efectivo realizarla en todos los pacientes y hay autores que opinan que se debería individualizar y reservar para aquellos con dolor en fosa iliaca derecha, enfermedad

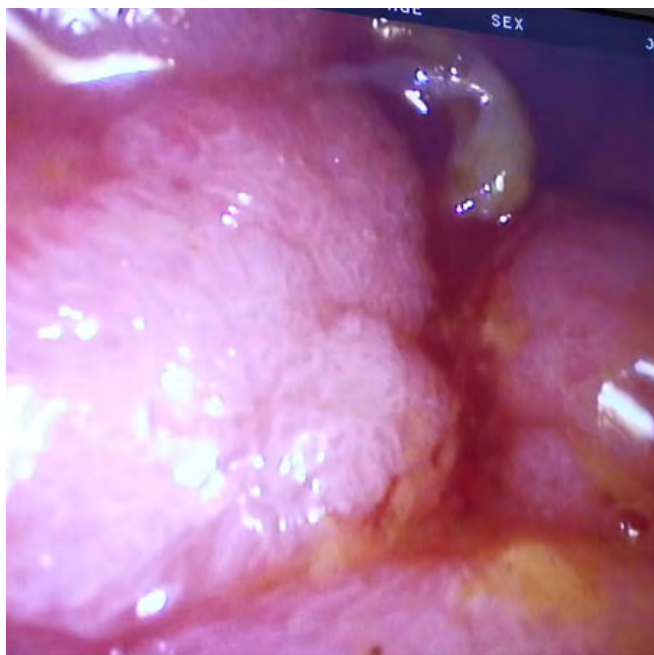


FIGURA 2
Proceso neofornativo en íleon distal. Imagen endoscópica 1.



FIGURA 3
Proceso neofornativo en íleon distal. Imagen endoscópica 2.

inflamatoria intestinal, anemia o diarrea con elevación de marcadores séricos de inflamación.

En nuestro caso, la realización de ileoscopia de rutina facilitó el diagnóstico de una entidad poco frecuente como el adenocarcinoma primario de íleon.

CP-021. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PAPILORRAGIA POSTESFINTEROTOMÍA

NAVAJAS HERNÁNDEZ P, CASTRO MÁRQUEZ C, ROMERO CASTRO R, GARRIDO SERRANO A, JIMÉNEZ GARCÍA VA, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La CPRE es una técnica diagnóstica y terapéutica de gran utilidad no exenta de complicaciones que pueden ser graves. Tras la pancreatitis aguda, la papilorrágia constituye la segunda complicación más frecuente, ocurriendo aproximadamente en un 2% siendo graves menos del 0,5%.

Caso clínico

Varón de 69 años pluripatológico que ingresa por coledocolitiasis realizándose un primer intento de CPRE resultando imposible la canulación por presentar papilitis fibrosa severa, por lo que se realiza un segundo intento mediante esfinterotomía colocándose una prótesis biliar plástica. Se da de alta sin incidencias. Un mes después acude por melenas e inestabilidad hemodinámica evidenciando en una primera endoscopia sangrado profuso procedente de papila consiguiéndose hemostasia inicial mediante hemoclips e inyección de adrenalina. Dos días más tarde vuelve a presentar papilorrágia que por su cuantía impide cualquier método hemostático endoscópico o colocación de prótesis metálica. No se detectó el vaso sangrante en angioTAC ni en angiografía, no pudiendo realizarse embolización. El servicio de Cirugía desestimó intervención por el elevado riesgo quirúrgico. Ante la imposibilidad de evidenciar el origen del sangrado y por tanto, aplicar los tratamientos establecidos para las papilorragias graves, se decide realizar ecoendoscopia, objetivando la causa del sangrado en una rama de la arteria gastroduodenal inyectándose cianocrilato. Inmediatamente después de la ecoendoscopia se retira la prótesis plástica y se sustituye por una metálica autoexpandible para obtener una mayor seguridad dada la repercusión clínica del sangrado. El paciente evolucionó favorablemente sin nuevos signos de sangrado interviniéndose a las dos semanas de colecistectomía laparoscópica, sin nuevas incidencias hasta el momento actual.

Discusión

La papilorrágia postesfinterotomía se clasifica en:

- leve, si no requiere transfusión sanguínea.
- moderada cuando precisa de tratamiento endoscópico, similar al empleado en las hemorragias pépticas: inicialmente mediante inyección de adrenalina que suele ser efectiva. Si no se controlara, se combinará con un método térmico (argón o coagulación bipolar). También podrán emplearse hemoclips aunque técnicamente requieren un endoscopista experto y pueden no ser efectivos por la visión dificultada por el sangrado y no alcanzar el vaso responsable de la hemorragia.

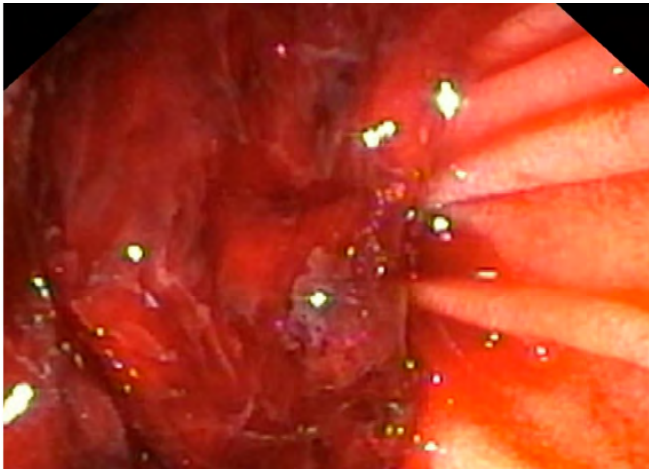


FIGURA 1

Primera gastroscopia. Se observa sangrado profuso procedente de papila.

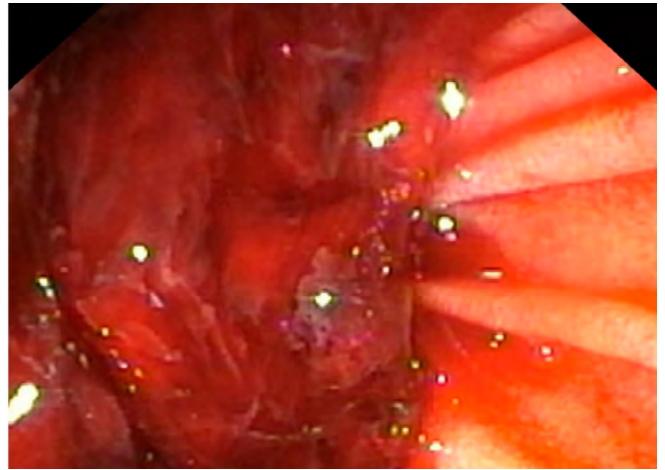


FIGURA 3

Segunda gastroscopia. Se objetiva nuevamente papilorragia, esta vez no pudiéndose contener la hemorragia a pesar de sustancias hemostáticas.

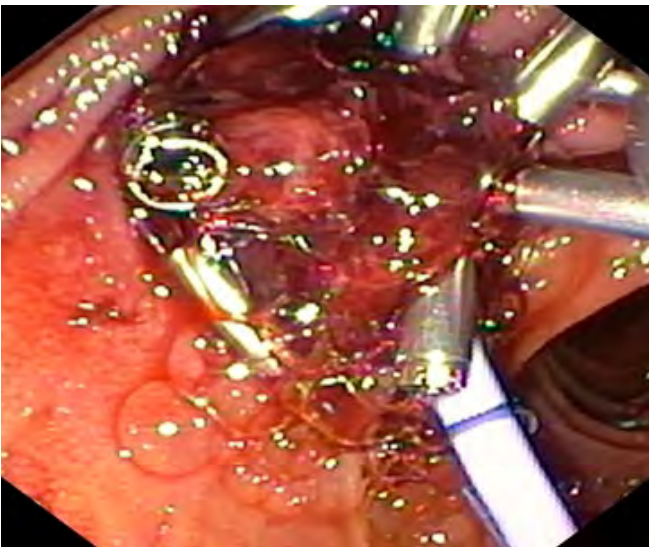


FIGURA 2

Primera gastroscopia. Colocación de hemoclips e inyección de sustancia hemostáticas.

c) grave, cuando requiere de intervención angiográfica (embolización del vaso causante) o quirúrgica.

Aportamos este caso para demostrar la utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecoendoscopia que identificó certeramente el origen del sangrado arterial no logrado por angioTAC ni arteriografía y posibilitar un tratamiento endoscópico efectivo en un paciente no candidato a cirugía urgente.



FIGURA 4

Ecoendoscopia. Permitió localizar el punto sangrante en una rama de la arteria gastroduodenal.



FIGURA 5

Ecoendoscopia. Inyección de cianocrilato sobre rama de arteria gastroduodenal consiguiéndose hemostasia.

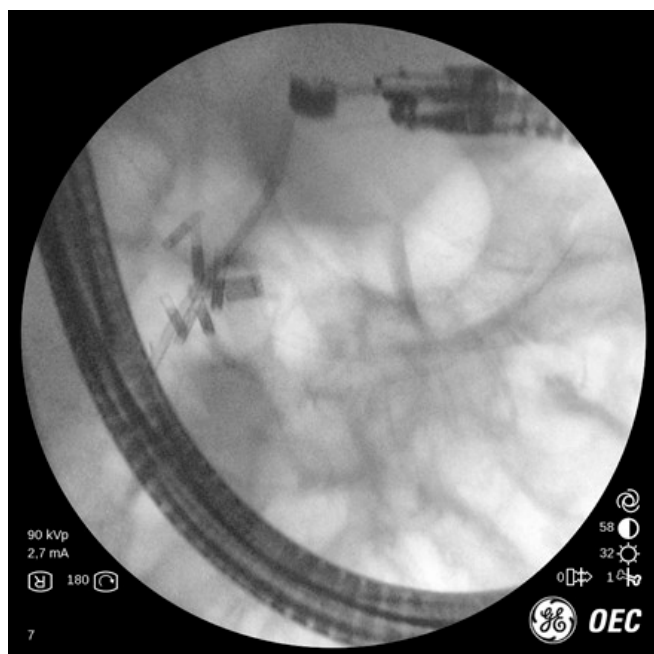


FIGURA 6

CPRE para recambio de prótesis plástica por una metálica autoexpandible.

CP-022. UTILIDAD DEL FACTOR VII RECOMBINANTE EN EL SANGRADO GASTROINTESTINAL REFRACTARIO

ROMERO CASTRO R, JIMÉNEZ GARCÍA VA, CORDERO RUIZ P, ARGÜELLES ARIAS F, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, BELVIS JIMÉNEZ M, MORENO MÁRQUEZ C, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La hemorragia digestiva sigue constituyendo una importante causa de morbilidad y mortalidad, siendo el principal objetivo terapéutico conseguir una hemostasia rápida, eficaz y mantenida.

Caso clínico

Presentamos de manera retrospectiva nuestra experiencia con el uso de factor VII recombinante en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta y baja (Figuras 1-6).

Discusión

Recientemente se han incorporado al arsenal terapéutico diversos procedimientos endoscópicos como las prótesis metálicas, agentes hemostáticos como el hemospray y angioterapia guiada por ecoendoscopia. Por este motivo hemos observado una tendencia a emplear en menor medida el factor VII recombinante en los últimos años. Sin embargo, a pesar del advenimiento de nuevas

técnicas endoscópicas hemostáticas y los potenciales efectos adversos del factor VII recombinante, éste debe tenerse en cuenta en casos muy seleccionados para obtener una adecuada y rápida hemostasia, definitiva o que al menos permita ganar tiempo hasta que otra técnica hemostática pueda ser empleada. Especialmente en pacientes no candidatos o con elevado riesgo quirúrgico.

EDAD	SEXO	PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO O PROTOCOLO PRECISO	SÍNTOMAS	DOSE (FVIIa)	PERÍODO DE SEGUIMIENTO	EVENTOS ADVERSOS	RESULTADOS	
2001-2009	15 pacientes 810 ± 6 años (74-92 años)	11 hombres 4 mujeres • Cirugía oncológica (10) • Cirugía por IVC (2) • Cirugía de próstata (2) • Cirugía (1) • Cirugía abdominal (1)	10. Pacientes con sangrado recurrente no controlado o reagradado tras tratamiento médico tópico o sistémico o con tratamiento con balón	Protocolo de uso comercial Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos Dosis promedio de 70 mg/kg (70-100)	1 mes 10-14 meses (2-42 meses)	Ninguno	5 pacientes fallecieron: • Falso diagnóstico (1) • Sepsis (1) • IVC sangrante sin respuesta a FVIIa (2)	
2005	70	Mujer	Úlcera duodenal	Sangrado por úlcera refractario a tratamiento endoscópico (atenuado y citos)	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	15 días	Ninguno	Edulcor por sangrado refractario
2007	80	Hombre	Sangrado por divertículo intestinal	Sangrado continuo por divertículo que requirió a laparotomía endoscópica de adherencia	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	5 años	Ninguno	No recurren sangrado
2004	85	Mujer	Zefireromía (CPRE)	Sangrado refractario y refractario tras 2 tratamientos endoscópicos con adherencia y cito	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	6 meses	Ninguno	No recurren sangrado
2000	80	Mujer	Zefireromía (CPRE) Carcinoma de estómago	Sangrado refractario refractario a tratamiento endoscópico (atenuado y citos)	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	1 mes	Ninguno	Edulcor por sangrado refractario
2010	82	Mujer	Zefireromía (CPRE)	Papiloma refractario y refractario tras 2 tratamientos endoscópicos con adherencia y cito	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	10 meses	Ninguno	No recurren sangrado
2015	80	Mujer	Polipectomía colica	Insomnio longitudinal refractario tras tratamiento endoscópico con atenuado y cito	Dosis única intravenosa de 40 mg en bolo en 3 minutos	2 años	Ninguno	No recurren sangrado

• Acceso a la administración de FVIIa

• FVIIa: Factor tisular recombinante; VHC: Virus Hepatitis C; DMH: diabetes mellitus; IC: insuficiencia cardíaca; VCS: Vómitos con sangre; CPRE: Colangiografía Retrograda Endoscópica; TIPS: Transcatheter Intrahepatic Shunt

FIGURA 1

Características demográficas y clínicas de los casos de hemorragia digestiva tratados con factor VII.

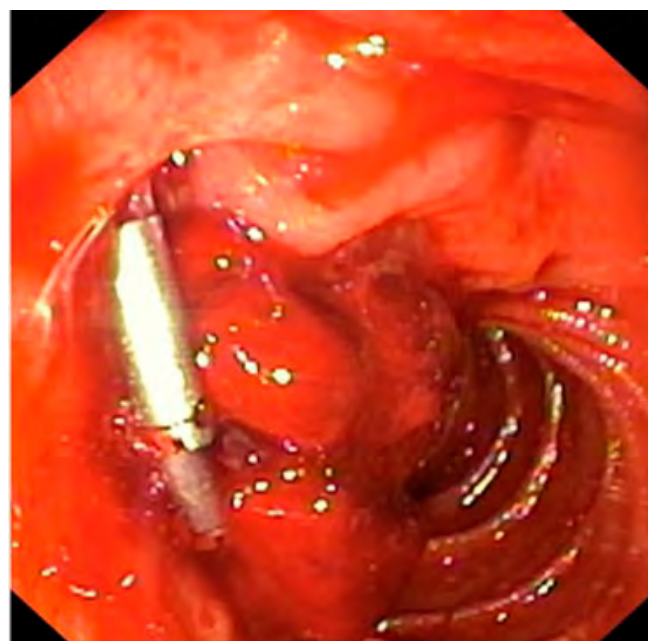


FIGURA 2

Papilomatosis.

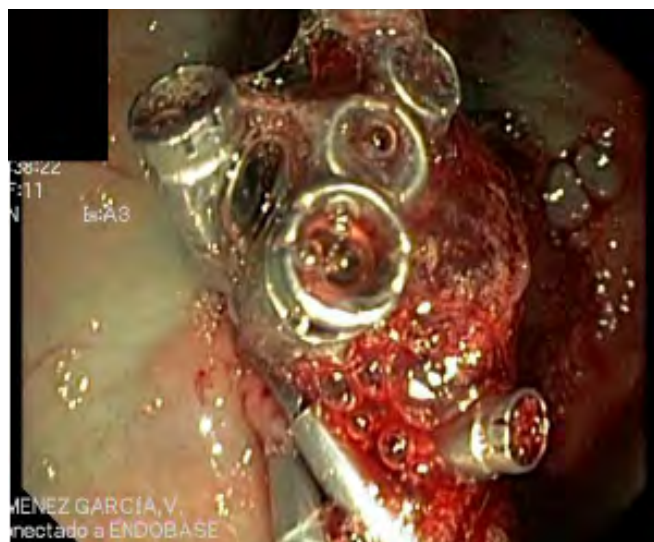


FIGURA 3
Hemorragia polipectomía.



FIGURA 6
Tapón hemostático.

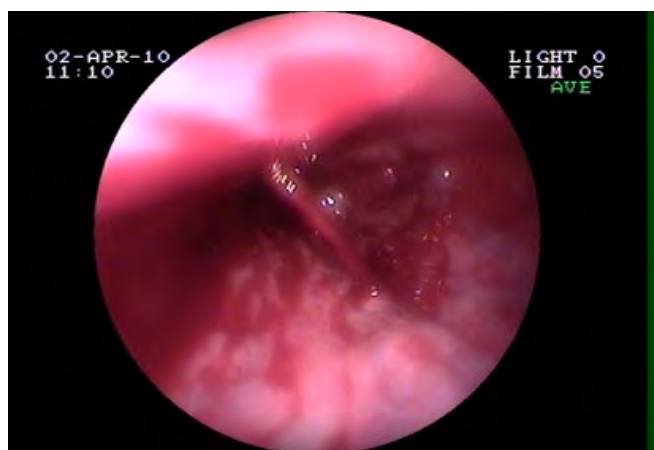


FIGURA 4
Sangrado variceal.

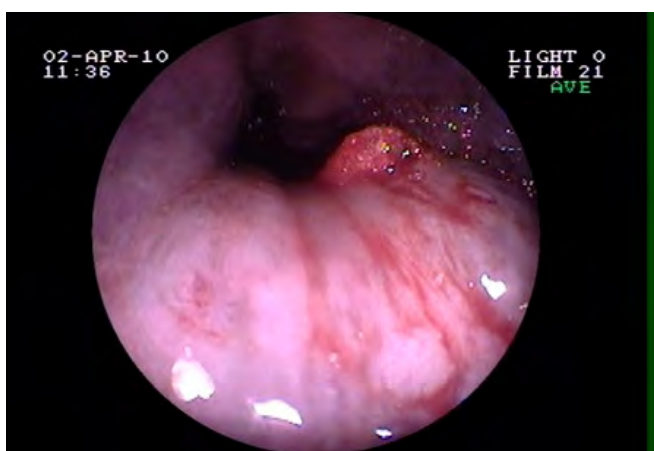


FIGURA 5
Hemostasia sangrado variceal.

CP-023. VUELTA A LA NORMALIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EXPERIENCIA LOCAL EN UNIDAD DE ENDOSCOPIAS.

LÓPEZ GONZÁLEZ J, DIÉGUEZ CASTILLO C, CALVO BERNAL MM, GÁLVEZ MIRAS A, NAVARRO MORENO E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La situación de pandemia por la COVID 19 obligó a reducir significativamente la actividad de las Unidades de Endoscopias. Con la vuelta a la nueva normalidad la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) ha emitido un documento de posicionamiento con la recomendación de estratificar y priorizar la actividad endoscópica. El objetivo de nuestro estudio es valorar la actividad de nuestra Unidad de Endoscopias, enfatizando en la prioridad y hallazgos clínicamente significativos.

Caso clínico

Se han analizado de forma retrospectiva las características demográficas de los pacientes, la indicación y los hallazgos endoscópicos de las endoscopias digestivas alta (EDA) y baja (EDB) realizadas en el Hospital Torrecárdenas en Mayo. Quedan excluidas endoscopias urgentes, las de pacientes hospitalizados y ecoendoscopia y CPRE. Para valorar la priorización de la indicación, nos hemos apoyado en el documento de posicionamiento de la SEED mencionado anteriormente ([Tablas 1 y 2](#))

Resultados

Se han analizado 102 pruebas, habiéndose realizado el 30.39% en hombres y el 69.61% en mujeres, con una edad media de 57.8 años. Se han recogido 64 EDB y 38 EDA ([Figuras 1 y 2](#)).

PRIORIZACIÓN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		
PRIORIDAD ALTA	PRIORIDAD MEDIA	PRIORIDAD BAJA
Sospecha de malignidad en prueba de imagen previa	Dispepsia sin signos o síntomas de alarma y edad >65 años	Dispepsia o ERGE sin signos o síntomas de alarma o edad <65 años.
Disfagia	Anemia ferropénica en <50 años	Dolor torácico no cardiogénico.
Dispepsia con signos o síntomas de alarma	Terapéutica no incluida en prioridad alta: adenomas duodenales, erradicación de várices esofágicas, acalasia sintomática etc.	Terapéuticas demorables: diverticulopatía sin broncospiración, POEM en trastornos motores con escasa disfagia...
Vómitos con alta sospecha de origen neoplásico.	Seguimiento tras terapéutica mediante RME o DSE para descartar lesión residual o recidiva con histología previa <= displasia bajo grado.	Seguimientos: tras erradicación de várices esofagagástricas, esófago de Barrett, metaplasia intestinal, revisiones de PEG
Terapéutica no demorable: estenosis, RME o DSE de neoplasias precoces, proflaxia secundaria de sangrado por hipertensión portal, etc.	Control de cicatrización de úlcera gástrica	Endoscopia bariátrica.
Otras terapéuticas no demorables: PEG, aspiración en deficiencias etc.	Sospecha malabsorción/celiaca o confirmación tras serología celiaca positiva	
Anemia ferropénica en >=50 años		

TABLA 1

Grupos de priorización según indicación en EDA. Modificado de: Documento de posicionamiento AEG-SEED para el reinicio de la actividad endoscópica tras la fase pico de la pandemia de COVID-19.

PRIORIZACIÓN ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA		
PRIORIDAD ALTA	PRIORIDAD MEDIA	PRIORIDAD BAJA
Sospecha de CCR por prueba de imagen o exploración física TSOH positivo	Ferropenia sin anemia con gastroscopia sin lesiones	Anemia ferropénica con colonoscopia previa (últimos 5 años)
Rectorragia/hematoquecia (sin EII) en > 50 años, no urgente, con colonoscopia previa < 5 años	Anemia ferropénica en < 50 años sin factores de riesgo de CCR	Seguimientos: pospolipectomía, CCR familiar, síndromes hereditarios, tras cirugía por CCR, etc.
Terapéutica no demorable: por ejemplo, dilatación de estenosis, resección de lesiones sugestivas de neoplasia avanzada, etc.	Estreñimiento crónico/distensión abdominal/dolor abdominal en > 50 años	Rectorragia/hematoquecia con colonoscopia previa < 5 años
Anemia ferropénica en > 50 años o con factores de riesgo de CCR: sin colonoscopia previa (últimos 5 años)	Sospecha de CCR por criterios clínicos (Guía NICE 2015 actualizada en 2017d) sin TSOH-I realizado	Cribado de displasia en paciente con EII
Rectorragia/hematoquecia (sin EII) en > 50 años, no urgente, sin colonoscopia previa	Estudio tras episodio de diverticulitis aguda complicada o con diagnóstico incierto	Estreñimiento crónico/distensión abdominal/dolor abdominal no incluido en prioridad media
Evaluación de extensión, de actividad o deterioro clínico en EII (excluido cribado de displasia)	Resección compleja (RME o UEMR) de lesiones con baja probabilidad de neoplasia avanzada	Diarrea crónica no indicativa de EII
Melenas con gastroscopia sin lesiones	Evaluación tras resección fragmentada (descartar recidivas)	
Alta sospecha clínica de EII	Cambio del ritmo intestinal de reciente comienzo en < 50 años	

TABLA 2

Grupos de priorización según indicación en EDB.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos, mediante EDA se han diagnosticado 2 neoplasias de estómago, ambos en endoscopias de prioridad alta por síndrome constitucional asociado a disfagia y dispepsia de novo respectivamente. Otros hallazgos significativos han sido esofagitis eosinofílica en dos pacientes estudiados por disfagia intermitente, lesiones agudas de la mucosa gástrica en un paciente y esófago de Barrett en una paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico sin respuesta a IBP.

Mediante EDB, se han diagnosticado 5 neoplasias colorrectales. Tres de ellas fueron diagnosticados en pruebas de alta prioridad (una por prueba de imagen sugerente previa y dos por rectorragia con alteración del hábito intestinal y pérdida de peso), mientras que las otras dos fueron halladas en pruebas de prioridad media (por dolor abdominal y rectorragia). Ninguna neoplasia se diagnosticó en una endoscopia de prioridad baja.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

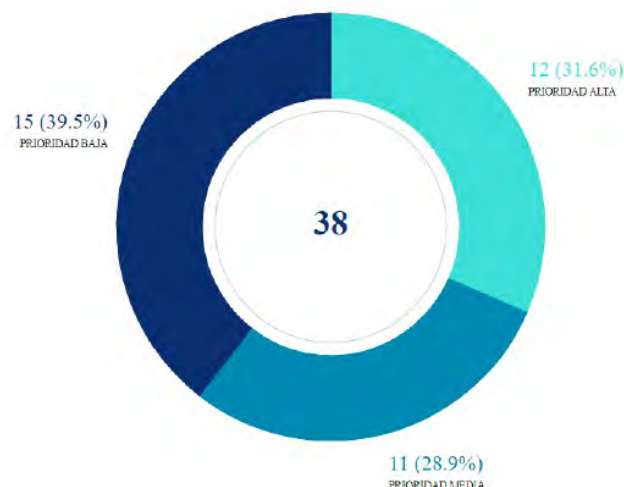


FIGURA 1

Porcentaje de endoscopias digestivas altas según prioridad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

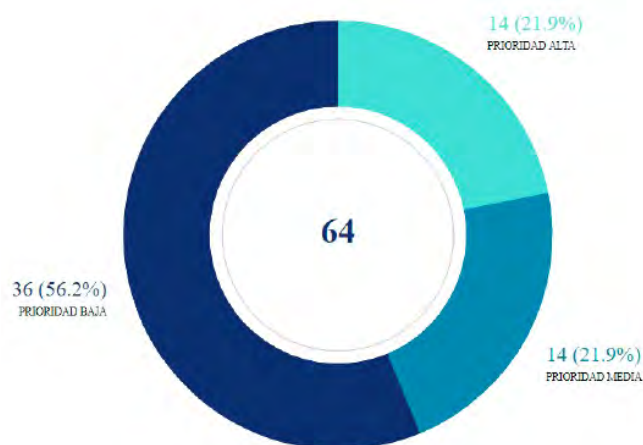


FIGURA 2

Porcentaje de endoscopias digestivas bajas según prioridad.

En las **tablas 3 y 4** vemos el porcentaje de endoscopias con hallazgos significativos según priorización.

Conclusiones

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad dar preferencia a la realización de las endoscopias de alta prioridad y

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
PRIORIDAD ALTA N=12	Con hallazgos significativos: 4 (33.3%) Sin hallazgos significativos: 8 (66.6%)
PRIORIDAD MEDIA N=11	Con hallazgos significativos: 3 (27.2%) Sin hallazgos significativos: 8 (72.8%)
PRIORIDAD BAJA N=16	Con hallazgos significativos: 3 (20%) Sin hallazgos significativos: 12 (80%)
Hallazgos no significativos: prueba normal, hernia de hiato, gastritis, lesiones agudas de la mucosa gástrica.	
Hallazgos significativos: neoplasia, esofagitis, esofagitis eosinofílica, esófago de Barrett, varices esofágicas, úlcera gastroduodenal...	

TABLA 3

Porcentaje de hallazgos significativos en endoscopia digestiva alta según prioridad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA	
PRIORIDAD ALTA N=14	Con hallazgos significativos: 5 (35.7%) Sin hallazgos significativos: 9 (64.3%)
PRIORIDAD MEDIA N=14	Con hallazgos significativos: 3 (21.4%) Sin hallazgos significativos: 11 (78.6%)
PRIORIDAD BAJA N=36	Con hallazgos significativos: 3 (8.3%) Sin hallazgos significativos: 33 (91.7%)
Hallazgos no significativos: exploración normal, hemorroides, diverticulosis, pólipos no complicados, lipoma, revisiones pacientes intervenidos.	
Hallazgos significativos: neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis/rectitis, pólipos complejos, angiodisplasias, úlceras colónicas...	

TABLA 4

Porcentaje de hallazgos significativos en endoscopia digestiva baja según prioridad.

demorar las de baja prioridad para mejorar la rentabilidad de la actividad endoscópica, especialmente en la situación actual ante la amenaza de una nueva oleada de la pandemia que nos obligue a reducir nuevamente la actividad.

En este sentido sería recomendable seguir la propuesta de la SEED de priorizar las gastroscopias con síntomas de alarma y las colonoscopias con rectorragia asociada a dolor o pérdida ponderal.

ÁREA HÍGADO

CP-024. COMPLICACIONES POCO COMUNES DE ABLACIÓN POR MICROONDAS DE HEPATOCARCINOMA

HEREDIA CARRASCO C, FERNÁNDEZ CANO MC, HERRADOR PAREDES M, JIMÉNEZ ROSALES R, ABELLÁN ALFOCEA P, LÓPEZ TOBARUELA JM

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

Introducción

Existen múltiples tratamientos para el hepatocarcinoma, entre ellos la ablación por microondas, que destruye tejido tumoral por efecto térmico de las ondas electromagnéticas. Es un procedimiento

seguro, con baja tasa de complicaciones, aunque en ocasiones se desarrollan obligando a hospitalizaciones prolongadas o estancias en UCI como es el caso que nos ocupa.

Caso clínico

Varón de 80 años con cirrosis hepática por hepatitis C, hipertenso y EPOC. Ingreso programado para segunda sesión de ablación percutánea con microondas de hepatocarcinomas en segmentos 4 y 5 de 3,3 y 3 cm que transcurre sin incidencias intraprocedimiento.

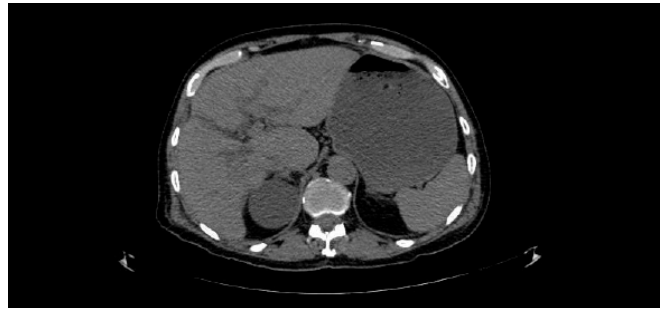


FIGURA 1

Dilatación de cámara gástrica.



FIGURA 2

Asas de intestino delgado distendidas.

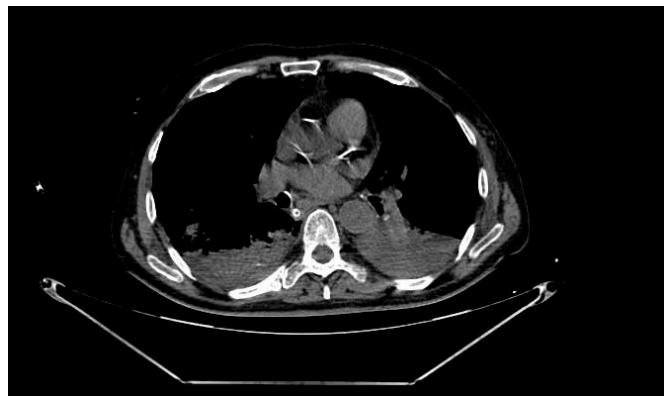


FIGURA 3

Derrame pleural.