

CP-001. HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A AMILOIDOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON LINFOMA T

HERRADOR PAREDES M, LIBRERO JIMÉNEZ M, VALVERDE LÓPEZ F, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

La amiloidosis constituye un grupo de enfermedades derivadas de la acumulación de diferentes proteínas en distintos órganos, alterando su función. La amiloidosis secundaria, derivada de la acumulación de proteína sérica A, aparece clásicamente en procesos crónicos infecciosos, inflamatorios o neoplásicos

Caso Clínico

Varón de 61 años sin antecedentes médicos en seguimiento por Urología por neoplasia urotelial de pelvis renal derecha (Figura 1) pendiente de intervención quirúrgica. Ingresa por astenia y fiebre de 38,5° C de varias semanas, sin claro foco infeccioso. Se realiza biopsia guiada por TAC de riñón derecho con resultado de linfoma no Hodgking de bajo grado T periférico. En PET-TAC (Figura 2) presenta captación metabólica en riñón derecho y en adenopatías retroperitoneales e inguinales bilaterales. Se inicia primer ciclo de quimioterapia sin incidencias. A la semana comienza con melenas, hipotensión y anemia en rango transfusional. Tras estabilización se realiza EDA (Figura 3), apreciándose en cara posterior endoscópica de 2º porción duodenal, coágulo con sangrado babeante que se trata con inyección de adrenalina y colocación de hemoclip. Tras la misma, persisten datos de hemorragia activa, realizándose hasta 3 intentos endoscópicos más para control del sangrado,

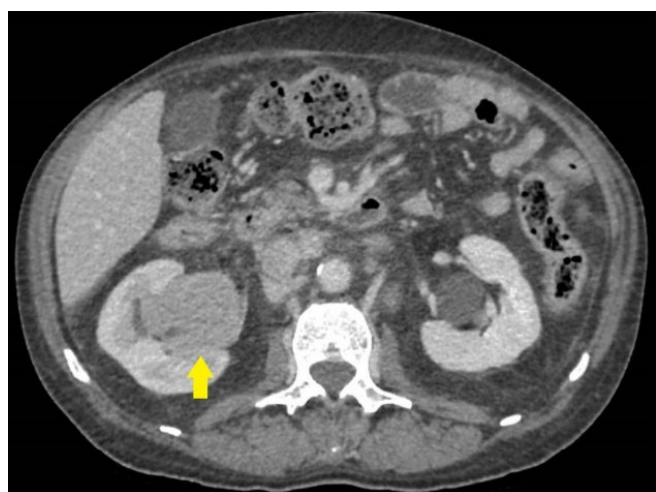


FIGURA 1
TAC abdominal en el que se aprecia tumor renal derecho.

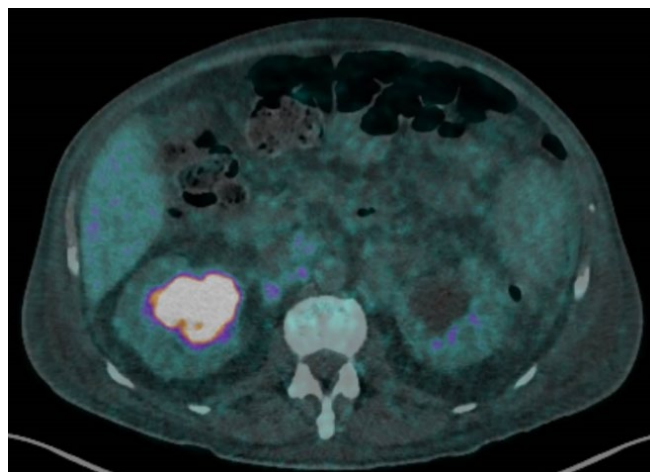


FIGURA 2
PET con captación patológica en riñón derecho y cadenas ganglionares.

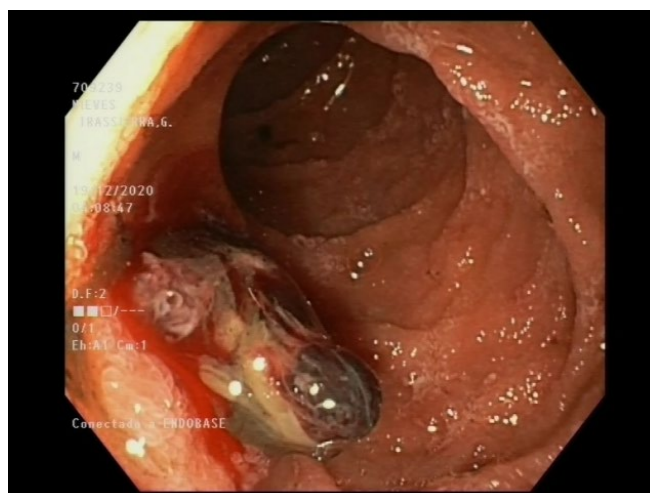


FIGURA 3
Coágulo con sangrado babeante en segunda porción duodenal.

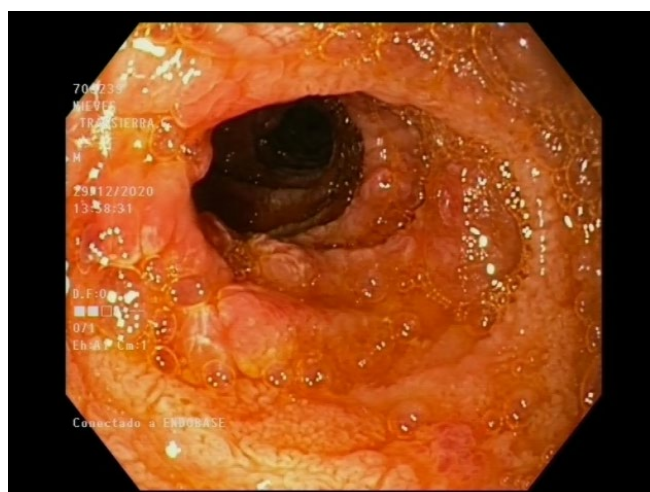


FIGURA 2
Curva ROC.

identificándose mucosa de segunda porción deslustrada, friable al roce, de aspecto infiltrativo y con zonas de sangrado (**Figura 4**) similares a las descritas en la EDA inicial, que se trataron de la misma forma. Se tomaron biopsias de dicha zona con resultado histológico de material acelular rojo congo positivo con birrefringencia verde manzana cuya inmunohistoquímica confirmaba amiloidosis secundaria con depósito tipo AA. Se inicia el segundo ciclo de quimioterapia con cese posterior del sangrado. Finalmente el paciente fallece en la UCI como consecuencia de una sepsis de origen abdominal.

Discusión

La afectación del tubo digestivo es relativamente frecuente en la amiloidosis pero rara vez de clínica. La localización más frecuente es el intestino delgado y suele manifestarse con cuadros pseudoobstructivos y síndromes malabsortivos. En un pequeño porcentaje puede producir hemorragia digestiva, más frecuentemente en forma de pérdidas crónicas, siendo los hallazgos endoscópicos diversos, normalmente con engrosamiento difuso de la mucosa, disminución de las vellosidades, aparición de hematomas submucosos y lesiones pseudonodulares. El diagnóstico de certeza se obtiene de la biopsia intestinal. No existe tratamiento específico, siendo muy importante el control de la condición subyacente. En nuestro caso, a pesar de múltiples intentos endoscópicos, el sangrado se controló tras el segundo ciclo de quimioterapia.

CP-002. RIESGO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN FUNCIÓN DEL MANEJO DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIAGREGANTE EN PACIENTES SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA.

ALEJANDRE ALTAMIRANO RM, CASTRO RODRÍGUEZ J, PLEGUEZUELO NAVARRO M, CASÁS JUANENA LL, SERRANO RUIZ FJ, HERVÁS RODRÍGUEZ AJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Las principales guías de práctica clínica recomiendan un adecuado manejo periprocedimiento de los fármacos antitrombóticos en caso de realización de técnicas invasivas. El principal objetivo de este estudio fue evaluar si existe mayor riesgo de eventos tromboembólicos por la supresión o disminución de la dosis de anticoagulantes o antiagregantes en pacientes sometidos a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo, que incluyó a 644 pacientes sometidos a CPRE con intención terapéutica durante el año 2019 en el Hospital Universitario Reina Sofía con un seguimiento de 30 días postprocedimiento.

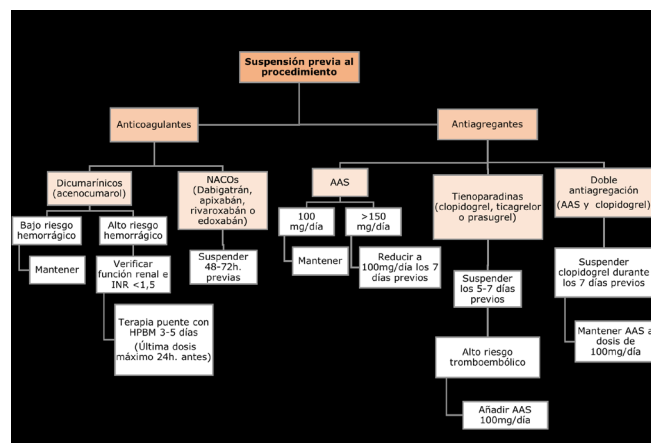


FIGURA 1

Algoritmo terapéutico que recoge las recomendaciones sobre la suspensión de la terapia antitrombótica de forma previa a la realización de CPRE.

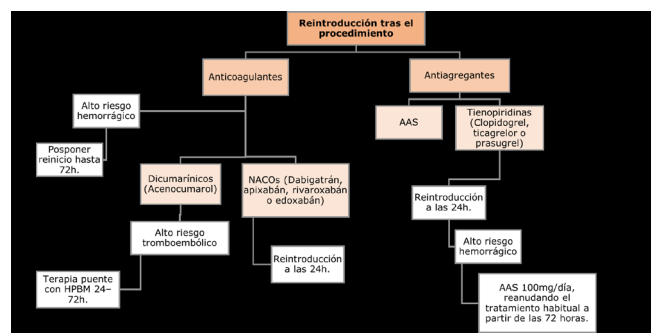


FIGURA 2

Algoritmo terapéutico que recoge las recomendaciones sobre la reintroducción de la terapia antitrombótica posterior a la realización de CPRE.

Paciente	Sexo	Edad	Comorbilidades/AP destacados	Anticoagulación/Antiagregación	Indicación de CPRE	Evento tromboembólico en < 30 días posCPRE
1	♀	84	HTA, DM2.	No.	Coledocolitiasis	ACVA Isquémico (AIT)
2	♂	66	HTA.	No.	Colangitis por coledocolitiasis.	Trombosis de una rama intrahepática de la porta derecha
3	♀	78	HTA, FA, prótesis biológica aórtica.	Heparina. Suspensión y reintroducción adecuadas.	Colangiocarcinoma distal inoperable.	ACVA Isquémico
4	♂	84	HTA, DLP, IRC, FA, CH, HSA, varios episodios de TVP/TEP.	Rivaroxaban. Suspensión y reintroducción adecuadas.	Neoplasia pancreática (estado IV: metástasis hepática)	TVP en MII (vena femoral izquierda)
5	♂	82	HTA, FA, marcapasos, ángor de esfuerzo, colangitis, trombosis portal.	Apixaban. Suspensión adecuada. Reintroducción inadecuada.	Sospecha de estenosis biliar maligna.	IAM con muerte súbita. Exitus.
6	♀	39	No AP de interés.	No.	Coledocolitiasis múltiple (hematoma subcapsular posCPRE).	TVP en MII (vena femoral izquierda)

FIGURA 3

Tipo de evento tromboembólico aparecido en cada uno de los 6 pacientes durante los 30 posteriores a la realización de CPRE, así como sus comorbilidades.

Resultados

urante el estudio, 6 pacientes presentaron un evento tromboembólico, no hallando diferencias entre la incorrecta retirada/reintroducción del tratamiento antitrombótico y una mayor proporción de eventos tromboembólicos o hemorrágicos tras el procedimiento ($p>0,05$). La incidencia de eventos trombóticos fue significativamente mayor en pacientes en tratamiento con heparina o apixabán ($p=0,001$), así como con antecedente de fibrilación auricular ($p=0,05$), valvulopatía reumática ($p=0,037$) y tromboembolismo pulmonar recurrente ($p=0,035$) siendo éste además factor de riesgo independiente. Asimismo, la incidencia de hemorragia en los 30 días postesfinterotomía fue significativamente menor en aquellos con implantación de prótesis biliar ($p=0,04$).

Conclusiones

- El incorrecto manejo terapéutico de los fármacos antitrombóticos no se asocia de forma estadísticamente significativa a una mayor tasa de ETEV o hemorragia tras una CPRE. No obstante, parece prudente realizar un manejo adecuado de dichos medicamentos en base a las guías clínicas y seguir sus recomendaciones para prevenir la potencial aparición de ETEV.
- El fármaco anticoagulante empleado sí se relaciona con la presencia de ETEV, observándose una mayor incidencia trombótica en los pacientes en tratamiento con apixabán y heparina, respecto a los demás anticoagulantes.
- Algunas comorbilidades del paciente, como FA, TEP recurrente y valvulopatía reumática se asocian a un mayor riesgo de ETEV. El antecedente de TEP recurrente además se reconoce como factor de riesgo independiente.
- La realización de una esfinterotomía durante el procedimiento se relaciona como factor de riesgo independiente de hemorragia tras la CPRE. La colocación de una prótesis biliar se asocia a una menor incidencia de sangrado.

CP-003. ABORDAJE ENDOSCÓPICO CON PRÓTESIS DE ESÓFAGO PARA PERFORACIÓN ESOFÁGICA TUMORAL

BRACHO GONZÁLEZ M, MORALES BERMÚDEZ AI, MARTÍNEZ BURGOS M, VÁZQUEZ PEDREÑO L

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La perforación esofágica supone la perforación más grave del tracto gastrointestinal, con una mortalidad que puede superar el 30%. Su etiología más frecuente es la iatrogenia endoscópica, aunque también puede ser secundaria a tumores, cirugías, ingesta de cáusticos o cuerpos extraños, traumatismos o vómitos violentos. Su tratamiento continúa siendo controvertido.

Caso Clínico

Varón de 55 años. Enfermedad por VIH A3 y enfermedad tuberculosa pulmonar en 2013. Acude a urgencias tras presentar hemoptisis con ataques de tos, fiebre y un vómito hemático. Previamente, clínica de dolor y ardor epigástrico, pérdida de 5 kg de peso el último mes y disfagia a sólidos.

A nivel analítico, destaca una elevación marcada de reactantes de fase aguda. Se realiza angio-TC de tórax con visualización de gran colección en mediastino posterior con contenido líquido y burbujas aéreas, y en continuidad con pared esofágica, que se encuentra engrosada en tercio medio; hallazgos sugestivos de perforación esofágica contenida (**Figuras 1 y 2**).



FIGURA 1

Corte transversal en angio-TC de tórax que muestra colección en mediastino posterior con contenido líquido y burbujas de aire en su interior.



FIGURA 2

Corte frontal de angio-TC de tórax donde se visualiza contacto importante de la colección con bronquio principal derecho.

Posteriormente, se realiza broncoscopia en quirófano donde se aprecia mucosa de bronquio principal derecho engrosada, frágil y friable. Seguidamente, se realiza endoscopia digestiva alta (EDA), que muestra una lesión ulcerada e infiltrativa que se extiende desde 27 cm hasta 32 cm de arcada dentaria sin impedir el paso del endoscopio, y que tiene un gran orificio fistuloso con material mucopurulento en su interior. Se pasa guía y posiciona endoprótesis metálica recubierta tipo WALLFLEX, con sellado del orificio fistuloso, e implantan dos hemoclips para evitar migración distal de la prótesis (**Figura 3**).

Evolución favorable tras antibioterapia intravenosa y colocación de endoprótesis esofágica, tolerando dieta líquida y triturada tras el procedimiento.

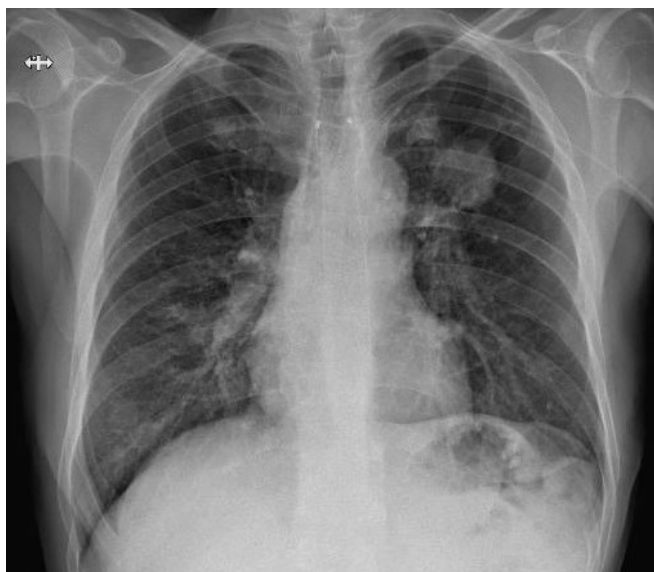


FIGURA 3

Radiografía simple de tórax donde se visualiza prótesis esofágica con dos hemoclips de fijación en su extremo proximal.

Discusión

El tratamiento de la perforación esofágica es controvertido y debe individualizarse, ya que existe una amplia variedad de opciones terapéuticas disponibles, que varían desde el manejo conservador hasta la esofagectomía.

El uso de prótesis esofágicas en el tratamiento de esta entidad ha sido cada vez más extendido en los últimos años.

De hecho, en caso de perforación secundaria a carcinoma esofágico, habitualmente se aboga por la colocación inicial de una prótesis endoscópica intraluminal, con posterior esofagectomía en caso de resecabilidad, aplicación de radioquimioterapia, o simplemente como uso paliativo.

CP-004. ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

REQUENA DE TORRE J, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA, GALLEGRO ROJO FJ, GALLARDO SÁNCHEZ F, GÓMEZ TORRES KM, DE LA CUESTA FERNÁNDEZ I, JARAVA DELGADO M

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

Introducción

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una malformación vascular capilar localizada típicamente a nivel prepilórico. Se asocia a entidades como la cirrosis hepática, insuficiencia renal, o enfermedades del tejido conectivo. Histológicamente se caracteriza por la presencia de capilares ectásicos dilatados a nivel mucoso y submucoso con microtrombosis. Desde el punto de vista endoscópico las características de las lesiones vasculares, distinguen tres patrones, lineal, difuso y nodular.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica y cirrosis hepática enólica. En estudio por anemia ferropénica crónica con requerimientos transfusionales periódicos. Durante el estudio endoscópico se evidencia GAVE lineal extenso, confirmado histológicamente, que es tratado inicialmente con sesiones de termocoagulación con gas argón. A pesar de las mismas, persiste con clínica de astenia y necesidad transfusional, sometiéndose a nueva gastroscopia que advierte de mucosa ectásica con lesiones vasculares nodulares dispersas compatible con ectasia vascular antral nodular (**Figura 1**). Se procede al tratamiento de las lesiones

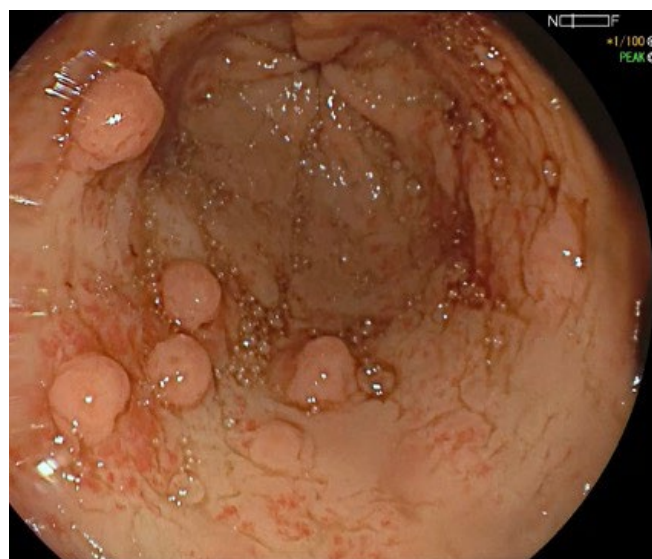


FIGURA 1

Lesiones vasculares nodulares dispersas compatible con GAVE nodular.

mediante colocación de bandas elásticas (Figuras 2 y 3) y posterior termocoagulación con gas argón de las lesiones lineales difusas sin complicaciones (Figuras 4 y 5). Durante el seguimiento posterior se aprecia aumento progresivo de las cifras de hemoglobina sin requerir nuevas transfusiones por el momento.



FIGURA 2
Tratamiento de la lesión mediante ligadura con bandas endoscópicas.

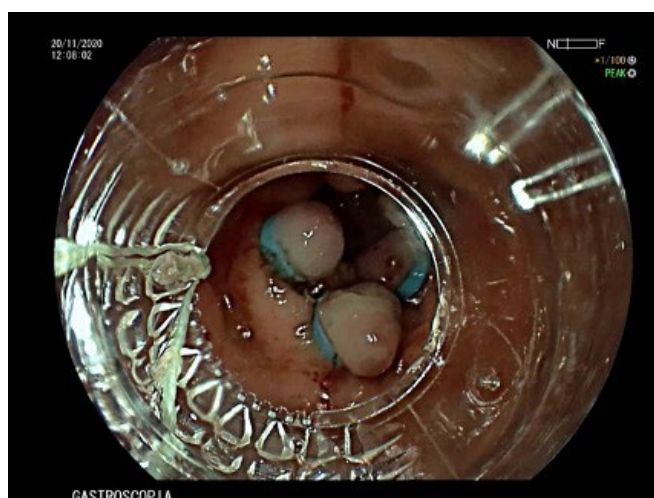


FIGURA 3
Esclerosis de la lesión mediante ligadura con bandas endoscópicas.

Discusión

La GAVE es una causa potencial de sangrado gastrointestinal recurrente, ocasionalmente manifestada como hemorragia digestiva aguda, si bien la mayoría de los pacientes se presentarán sin sangrado visible y una anemia ferropénica crónica.

El tratamiento endoscópico mediante coagulación con argón plasma (APC) es en la actualidad el método más extendido. Éste provoca

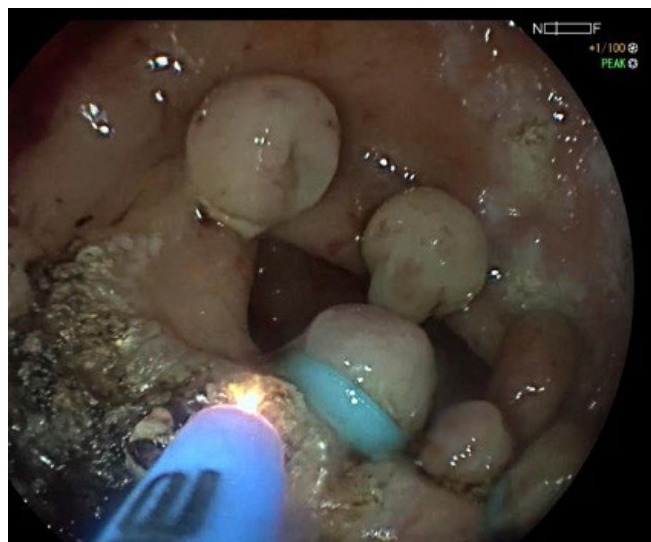


FIGURA 4
Termocoagulación con gas argón de las lesiones.



FIGURA 5
Aspecto del GAVE tras termocoagulación y ligadura endoscópica.

una necrosis mucosa localizada obliterando las malformaciones microvasculares. Sin embargo, la ligadura con bandas elásticas ha demostrado recientemente ser superior a la APC en términos de erradicación endoscópica, recurrencia del sangrado, número de sesiones necesarias, requerimientos transfusionales y número de hospitalizaciones relacionadas sin diferencia en la tasa de efectos adversos. Estos resultados se deben probablemente a su acción en capas más profundas en relación al tratamiento con argón, pues produce una trombosis e isquemia a nivel submucoso.

En la práctica este método puede ser especialmente útil en el GAVE nodular pudiendo combinarse con APC para un manejo más eficiente de la entidad.

CP-005. ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO. ENTIDAD EXTREMADAMENTE RARA, DIAGNÓSTICO POR ECOENDOSCOPIA.

RINCÓN GATICA A¹, BORRERO MARTIN JJ², GARCÍA FERNANDEZ FJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

El cáncer de páncreas (CP) es la tercera causa principal de muerte relacionada con el cáncer en los Estados Unidos. La tasa de supervivencia es del 9%. Se han identificado variantes de CP, el adenocarcinoma es el más prevalente (85,8%). El carcinoma pancreático primario de células en anillo de sello (CPPCAS) es una variante histopatológica infrecuente del CP con una incidencia de <1%. Tiene una menor tasa de supervivencia a 5 años que el adenocarcinoma de páncreas en su conjunto (4% frente a 9%) y es más probable que presente enfermedad a distancia al momento del diagnóstico (69,4% vs 52%). Debido a su baja prevalencia y diagnóstico, no existen pautas de tratamiento específicas para CPPCAS y el tratamiento se guía por la literatura existente sobre el adenocarcinoma de páncreas.

Caso Clínico

Se presenta el caso de una mujer de 61 años, con antecedente de carcinoma basocelular intervenido. Ingresa por dolor abdominal y síndrome constitucional. En TC abdomen se identifica una trabeculación e infiltración de la grasa por material de partes blandas desdibujando los contornos de la cola de páncreas, colon, glándula suprarrenal izquierda y la pelvis renal/uréter proximal. En ecoendoscopia se observa a nivel de cuello-cuerpo de páncreas una discreta mayor heterogeneidad, con un aumento del tamaño de la glándula a ese nivel con sensación de masa (no es la imagen típica).



FIGURA 1
TC.

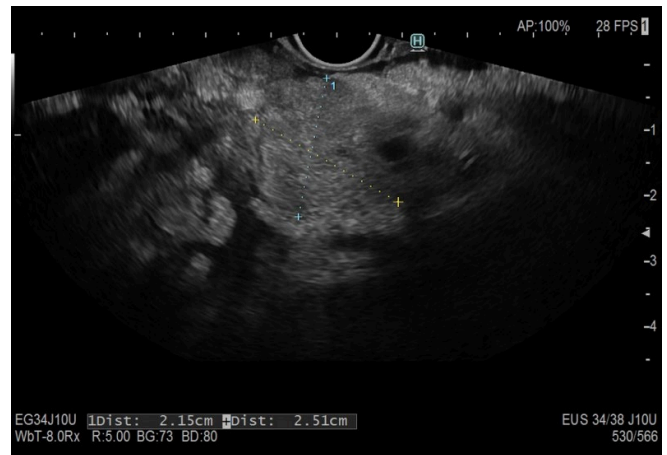


FIGURA 2
USE1.

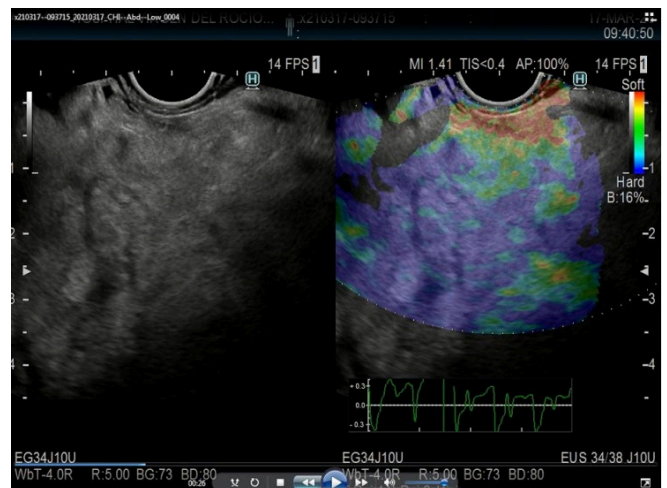


FIGURA 3
Elasto.

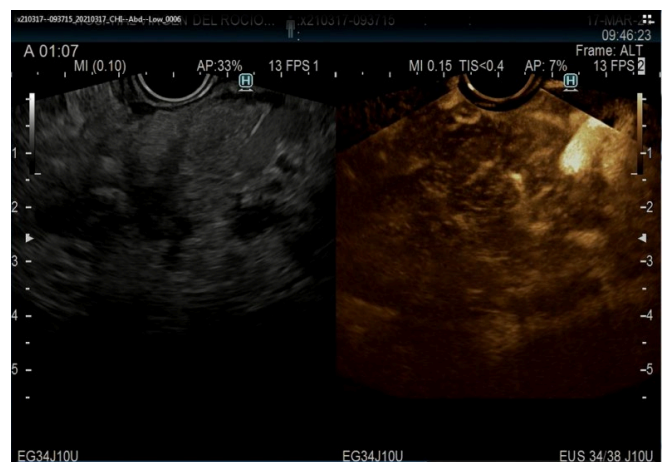


FIGURA 4
CHC.

Tras estudio con contraste (Sonovue) pone de manifiesto áreas hipointensas, la mayor de 23mm a nivel de cuello.

Se realiza punción con aguja histológica de 22G (Acquire, Boston Scientific); un total de 3 pases depositados en formol (frasco 1). El estudio anatomopatológico reveló Adenocarcinoma con células en anillo de sello. Estudio inmunohistoquímico de proteínas reparadoras de ADN: MSH2/MSH6 y MLH1/PMS2 conservación de la expresión nuclear en las células tumorales. PCR en tiempo real detecta una mutación en el codón 12 (G12X) del gen KRAS. El paciente fallece a los 20 días del diagnóstico por empeoramiento clínico y mal control del dolor.

Discusión

El CPPCAS es una forma rara de CP; un subtipo de adenocarcinoma con sólo otros 10 informes de casos encontrados en la literatura. Los pocos casos y escasez de información sobre el CPPCAS hacen que el tratamiento se guíe por literatura no específica de CPPCAS. Investigación más rigurosa sobre la patogénesis de los carcinomas gastrointestinales con células en anillo de sello en su conjunto es necesario en otros para desarrollar terapias dirigidas.

CP-006. CÁNCER COLORRECTAL Y PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

VIDAL VÍLCHEZ B, GARCÍA MÁRQUEZ J, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A, CERVILLA SÁEZ DE TEJADA ME, GARCÍA ROBLES A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial. La obstrucción de colon ocurre en el 8-13% de casos. El tratamiento quirúrgico urgente en estos pacientes representa un reto por las elevadas tasas de morbilidad y complicaciones. Clásicamente se ha indicado la colocación de stents metálicos autoexpandibles en la obstrucción maligna de colon como tratamiento paliativo. La colocación endoscópica de prótesis como tratamiento puente a la cirugía, según las últimas guías, se presenta como una alternativa en pacientes seleccionados y con tumores potencialmente resecables. El objetivo principal de este estudio es evaluar la seguridad y la efectividad de la colocación de este tipo de prótesis en la obstrucción intestinal secundaria a cáncer colorrectal como tratamiento paliativo así como puente a la cirugía.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo a partir de pacientes con obstrucción maligna de colon que precisaron de colocación de stent metálico autoexpandible en nuestro centro, entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de enero de 2021.

Se incluyeron 16 pacientes de entre 47 y 89 años (edad media: 71 años), 6 mujeres (37,5%) y 10 hombres (62,5%).

Resultados

Realizando un análisis de los casos, 10 de los tumores se localizaron en sigma y colon izquierdo (62,5%), uno en ángulo esplénico (6,25%), dos en colon transverso (12,5%), uno en colon derecho (6,25%) y otro a nivel de la anastomosis tras resección de adenocarcinoma de colon derecho previo (6,25%).

Se indicó el stent como puente a la cirugía en 9 de los pacientes (56,25%). La indicación fue paliativa en 7 de ellos, a 2 de los cuales hubo que realizar colostomía.

Se recomienda un periodo 14 días desde la colocación del stent hasta la cirugía. En nuestra serie, se realizó el tratamiento quirúrgico en una media de 28 días. Pese a esto, se produjeron complicaciones derivadas de la cirugía en 2 de los 9 pacientes que fueron intervenidos después (22,33%), siendo una de ellas una dehiscencia anastomótica y la otra una evisceración.

Conclusiones

La colocación de stents metálicos autoexpandibles como tratamiento de la obstrucción maligna de colon en pacientes paliativos es una indicación establecida desde hace años y según nuestra experiencia parece una alternativa efectiva y segura frente a la cirugía urgente en estos casos.

La colocación de stents como puente a la cirugía electiva es una alternativa efectiva y segura en pacientes seleccionados, con resultados de menor morbilidad general a corto plazo y menores tasas de estoma temporal y permanente. No obstante, se precisan de más estudios que permitan establecer un grado de recomendación adecuado.

CP-007. CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE PÁNCREAS. UNA ENTIDAD RARA. MÁS RARO AÚN DOS CASOS SEGUIDOS.

RINCÓN GATICA A¹, GALLEGO JIMENEZ I², BORRERO MARTÍN JJ³, PEREZ ESTRADA C¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Más del 90% de los tumores pancreáticos surgen de las glándulas exocrinas y ductales. El adenocarcinoma representa casi el 85% de ellos.

El carcinoma adenoescamoso es un subtipo histológico que se presenta en el 1- 4%. El componente escamoso debe comprender al menos el 30% del neoplasia mezclada con adenocarcinoma. Habitualmente suelen ser tumores de gran tamaño extremadamente agresivos y la mayoría de los pacientes presentan al diagnóstico

enfermedad metastásica (habitualmente hepática) con una supervivencia menor del 50% a los 2 años.

Caso clínico

Se presenta una serie de dos casos: Varón de 71 años con antecedente de linfoma folicular grado 3, estadio IV en remisión que presenta dolor epigástrico intenso objetivando una masa de 8,2 cm en cuerpo con infiltración vascular (tronco celiaco y arteria mesentérica superior). Se realiza punción por ecoendoscopia con aguja histológica de 22G (Acquire, Boston Scientific) con diagnóstico histológico de carcinoma adenoescamoso. A los 10 días del diagnóstico ingresa por tromboembolismo pulmonar masivo y metástasis hepáticas de reciente aparición y fallece.

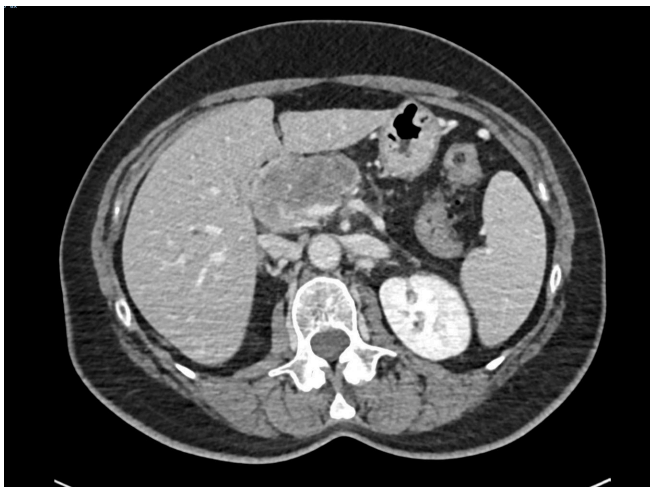


FIGURA 1
Caso 1 TC.

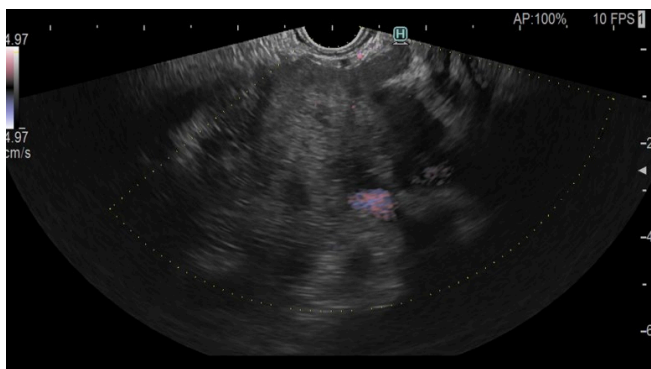


FIGURA 1
USE caso 2.

Mujer de 62 años sin antecedentes de interés presenta dolor abdominal epigástrico y síndrome constitucional objetivando en TC abdomen masa de 35mm. Se realiza ecoendoscopia objetivando infiltración de vena esplénica sin otra evidencia de infiltración vascular o metástasis hepáticas. Se realiza punción con aguja histológica de 22G con diagnóstico de carcinoma adenoescamoso.

Se inicia Neoadyuvancia (GEMCITABIN- PACLITAXEL) logrando una supervivencia de 9 meses posterior al diagnóstico posteriormente fallece por progresión y mal control del dolor.

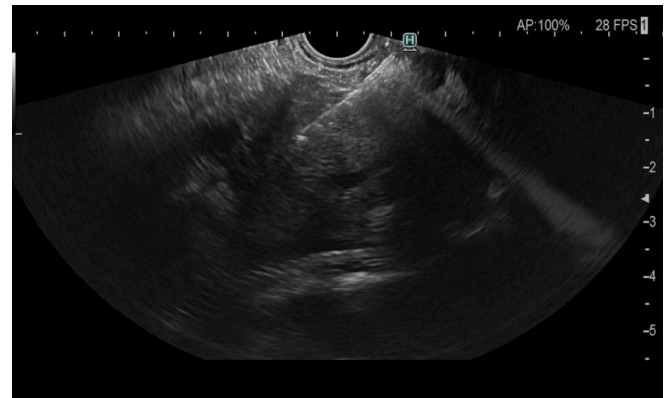


FIGURA 1
USEBAAF



FIGURA 2
Caso 2 TC

Discusión

El carcinoma adenoescamoso de páncreas es una entidad rara y muy agresiva. Pero lo más raro en los casos que nos competen es la presentación seguida en nuestro centro hospitalario (dos casos en menos de 6 meses) y la forma clínica de presentación distinta.

CP-008. CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO EN POBLACIÓN ADULTA.

NAVAJAS HERNÁNDEZ P, MORALES BARROSO ML, GALVÁN FERNÁNDEZ MD, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Clásicamente el término de hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) se ha definido como aquel sangrado de origen desconocido que persiste o reaparece después de un resultado negativo en una endoscopia inicial (gastroscopia y colonoscopia). Dados los avances recientes para el estudio de intestino delgado (ID) (cápsuloendoscopia, enteroscopia y pruebas de imagen radiológicas) se puede achacar el origen de las HDOO al ID en un 41-75% de los pacientes. Es por ello que recientemente la American College of Gastroenterology (ACG) propuso usar el término hemorragia de ID y reservar el término HDOO para los pacientes en los que no es posible identificar la causa.

Caso clínico

Varón de 56 años, diabético, obeso mórbido y antecedentes tromboembólicos por un síndrome antifosfolípico y homocigosis para el gen MTHFR, doblemente antiagregado (AAS y clopidogrel) y anticoagulado (warfarina). Ingresó por cuadro de melenas de cinco días de evolución con repercusión analítica y hemodinámica, requiriendo transfusión de varios concentrados de hemáties. No se objetivó el origen del sangrado en la gastroscopia urgente ni posteriores colonoscopia ni TAC abdominal. Se completó el estudio con cápsuloendoscopia evidenciándose en yeyuno una lesión subepitelial de unos 25 mm de diámetro con una pequeña ulceración en su ápex, sugestivo de un tumor estromal gastrointestinal (GIST). Se intentó marcar mediante enteroscopia sin éxito. Tras valoración conjunta con Cardiología y Hematología se decidió antiagregar únicamente con AAS y anticoagular con heparina de bajo peso molecular, permaneciendo asintomático, dándose de alta a los 14 días. A los pocos meses, fue intervenido de resección intestinal vía laparoscópica a 50 cms de la válvula ileocecal, siendo la anatomía patológica compatible con lipoma y divertículo de Meckel con áreas de heterotopía gástrica, suponiendo un cambio absoluto en nuestra presunción diagnóstica.



FIGURA 1

TAC de abdomen en corte de asas intestinales. No se evidenciaron lesiones, salvo una hepato-esplenomegalia leve/moderada sin lesiones.



FIGURA 2

Características basales de pacientes que presentaron sangrado pos-LE.

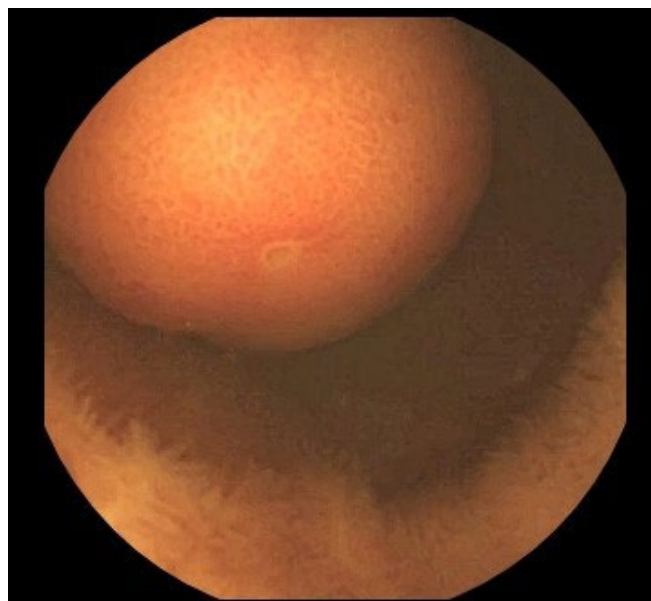


FIGURA 3

Lesión subepitelial de 25 mm en yeyuno medio con pequeña ulceración fibrinada en su ápex.

Discusión

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal pero de prevalencia baja en la población general (en torno al 2%). Suele ser clínicamente silencioso (incidental) o presentarse con una variedad de manifestaciones clínicas que incluyen hemorragia gastrointestinal (más si presentan

mucosa gástrica ectópica), dolor abdominal y diverticulitis, entre otros. Aproximadamente entre el 2 y el 4% de los pacientes desarrollan una complicación a lo largo de sus vidas, siendo el 25-50% antes de los 10 años y muy infrecuente su presentación clínica por encima de los 40. El diagnóstico definitivo se realiza mediante gammagrafía de Meckel, arteriografía mesentérica o exploración abdominal. El tratamiento consiste generalmente en su resección quirúrgica.

CP-009. CIERRE DE PERFORACIÓN GÁSTRICA TRAS ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL CON TÉCNICA "BOLSA DE TABACO" ENDOSCÓPICA

RINCÓN GATICA A, GARCIA FERNANDEZ FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La perforación gástrica es una complicación poco frecuente tras la cirugía biliopancreática; habitualmente se encuentra asociada a una etiología isquémica secundaria y se manifiesta de forma subaguda. El tratamiento por lo general suele ser conservador cuando no existe una repercusión clínica importante. En los casos de abdomen agudo el tratamiento requiere una cirugía urgente ya que el tratamiento endoscópico suele ser subóptimo con las técnicas habituales.

Caso Clínico

Se presenta el caso de un varón de 49 años intervenido de una esplenopancreatectomía distal por neoplasia de cuerpo pancreático. Al quinto día inicia con dolor abdominal generalizado requiriendo cirugía urgente objetivando hematoma subfrénico y retrogástrico que requiere limpieza quirúrgica. En planta de hospitalización sufre parada cardiorrespiratoria por antecedentes de cardiopatía isquémica con buena evolución tras maniobras y tratamiento. Empeoramiento clínico abdominal posterior objetivando en TC de abdomen colecistitis perforada y signos de isquémica gástrica con perforación a ese nivel. Se decide tratamiento conservador por los antecedentes personales. En gastroscopia para valoración de la cámara gástrica a nivel de fundus se observa un defecto mucoso de 15 mm con bordes engrosados y anfractuados en relación a los hallazgos radiológicos. Se intenta el cierre con clips sin fuerza suficiente para enfrentar ambos bordes, por lo que se decide colocación de un lazo (endoloop) el cual se sujeta con 8 clips de manera circunferencial alrededor del defecto y posteriormente se cierra afrontando todos los bordes del defecto con buenos resultados inmediatos.

A las 24 horas se inicia tolerancia oral con buena respuesta y se realiza nuevo TC de control objetivando el cierre del defecto previo tras el estudio de contraste oral.

El paciente es dado de alta a los 7 días del procedimiento con adecuada tolerancia oral.

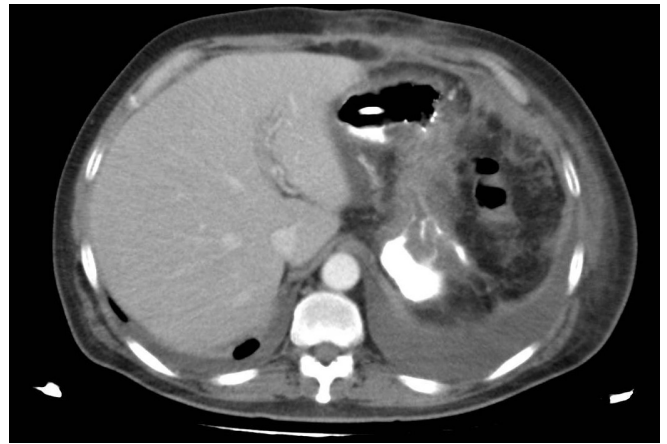


FIGURA 1
TC objetivando perforación.

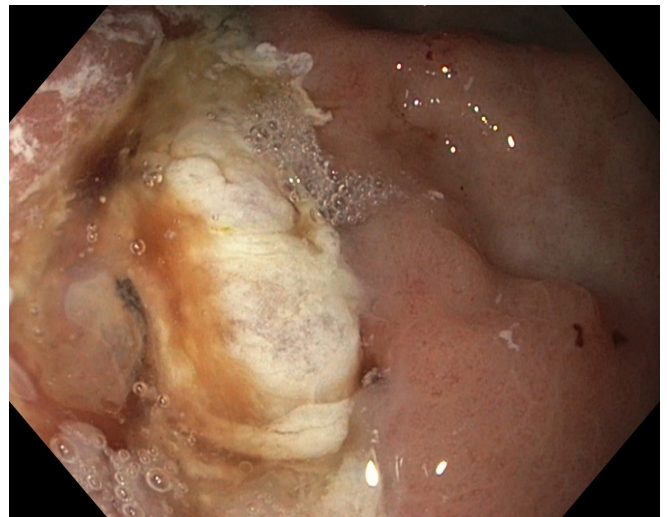


FIGURA 2
Defecto mucoso.

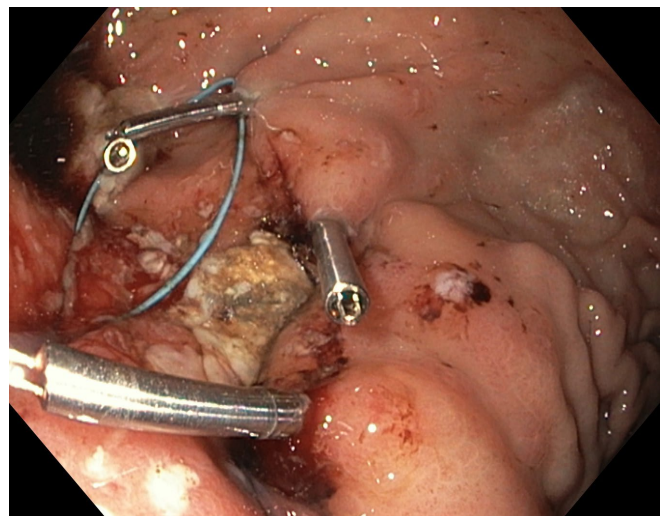


FIGURA 3
Colocación por pasos de lazo y clips.

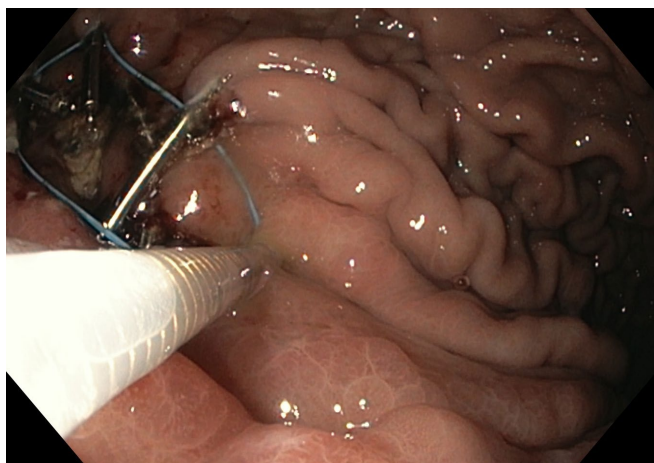


FIGURA 4
Colocación por pasos de lazo y clips2.

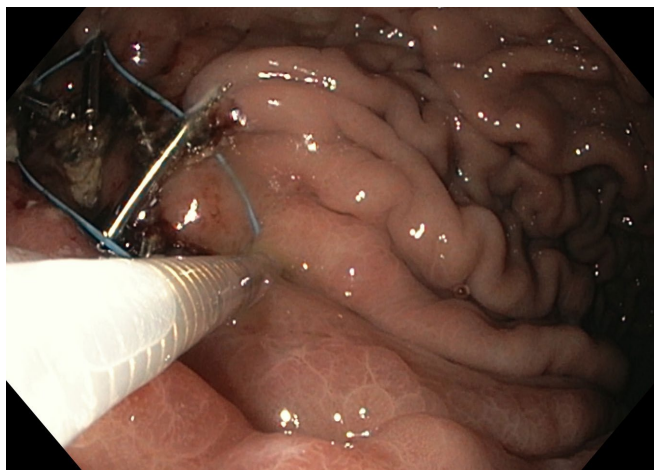


FIGURA 5
Colocación por pasos de lazo y clips3.

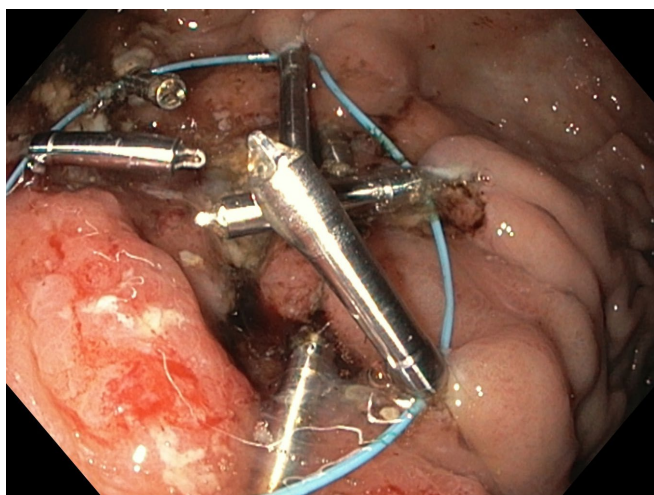


FIGURA 6
Colocación por pasos de lazo y clips Antes de cerrar el lazo.

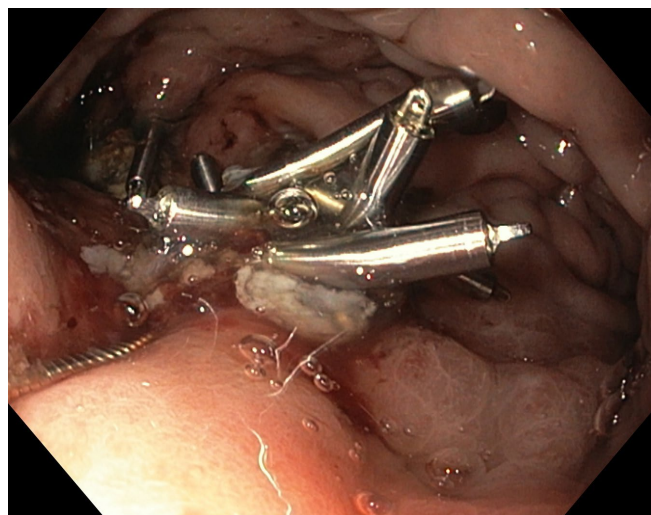


FIGURA 7
Cierre del defecto.



FIGURA 8
TC control.

Discusión

El cierre de defectos de la pared gastrointestinal con la técnica en “bolsa de tabaco” es una alternativa endoscópica con buenos resultados, la cual requiere material con la que cuentan la mayoría de unidades de endoscopia.

CP-010. CIERRE PRIMARIO CON HEMOCLIPS DE GRAN PERFORACIÓN RECTAL POSTPOLIPECTOMÍA

GARCIA-FERNANDEZ FJ, RICON-GATICA A, CABALLERO-GOMEZ J, PEREZ-ESTRADA C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La perforación iatrogena durante una polipectomía es una complicación grave. La incidencia en colonoscopia diagnóstica es baja (0,03%–0,8%), se incrementa con la polipectomía (hasta el 5%), y está relacionada con la localización de la lesión, tamaño, técnica de resección empleada y experiencia del endoscopista.

Generalmente precisa tratamiento quirúrgico, aunque la ESGE recomienda el cierre inmediato en pacientes con buena limpieza intestinal y estabilidad de los signos vitales, con hemoclips para las <10 mm y con “over-the-scope clips” para las <20 mm.

El pronóstico del paciente y la aparición de complicaciones dependerá en gran medida de la detección y tratamiento precoz de la perforación y del uso de CO₂ para la insuflación endoscópica.

Caso Clínico

Varón de 69 años que se somete a resección mucosa de lesión 0-Is de 35 mm en recto proximal (a 15cm). Tras una adecuada elevación submucosa con gelafundina se procede a la resección con asa de diatermia, produciéndose una gran perforación con clara visualización de la grasa perirectal y gran apertura de sus márgenes, en una posición de difícil abordaje.

El tamaño y posición hacía imposible su cierre con el over-the-scope clip. Dado que no presentaba signos de peritonismo ni distensión abdominal, se decidió completar la resección de la lesión y proceder al cierre de la perforación con hemoclips.

El cierre realizó con éxito con 12 clips, se recomienda colocar los primeros clips en los extremos de la perforación para disminuir la tensión y favorecer la aproximación de los bordes (**Figuras 1-4**).

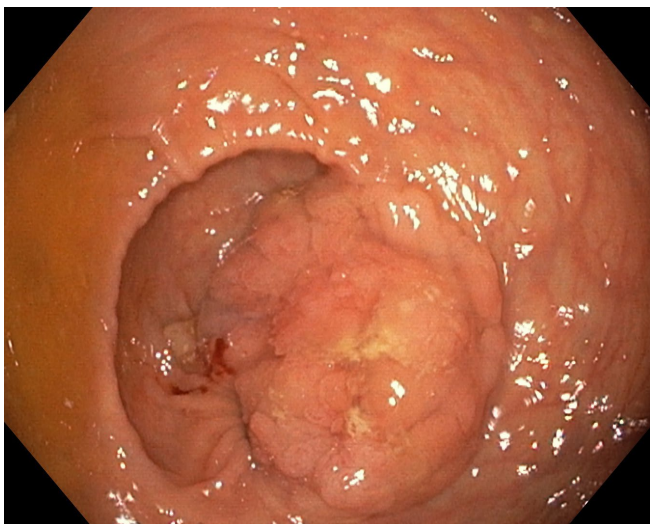


FIGURA 1
Polipo en recto proximal.

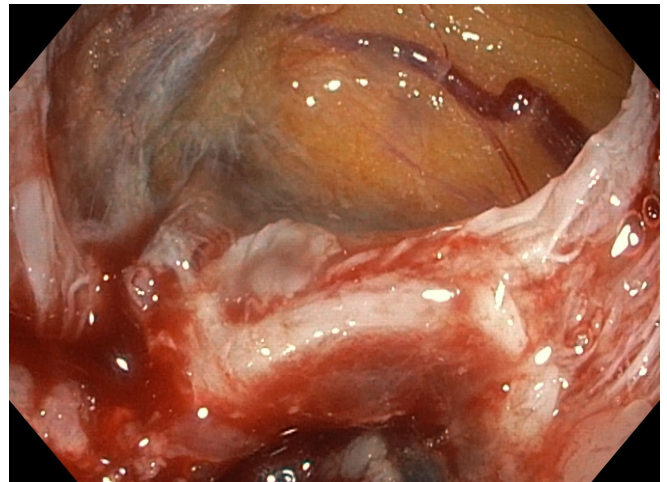


FIGURA 2
Perforación.

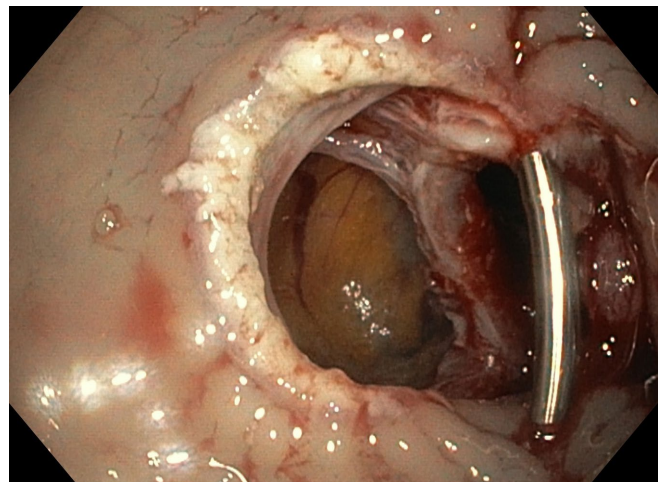


FIGURA 3
Perforación inicio de cierre.

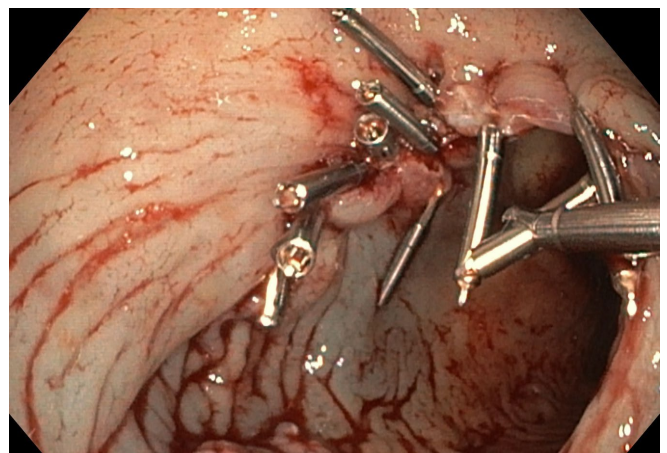


FIGURA 4
Perforación cierre completo.

El paciente permaneció ingresado 4 días con antibioterapia y con control con TAC, sin presentar ningún tipo de complicación durante el ingreso ni en la evolución posterior.

Se realizó control a los 2 meses (Figura 5) y a los 8 meses (Figura 6) comprobando cicatrización completa y ausencia de tejido adenomatoso residual.

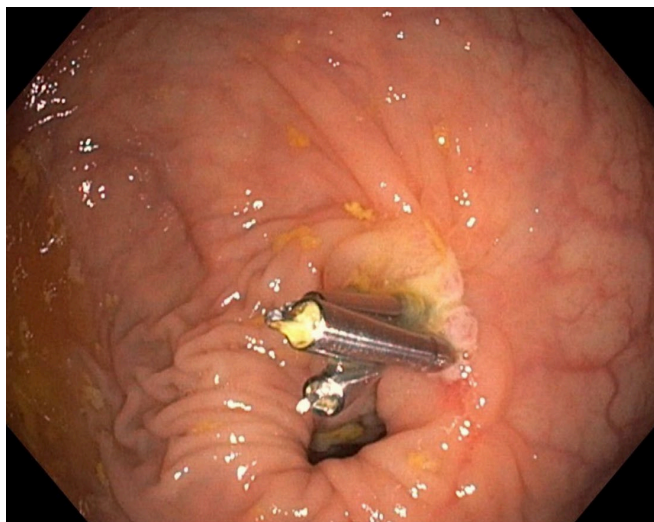


FIGURA 5

Control a los 2 meses con cicatrización adecuada y persistencia de hemoclips.

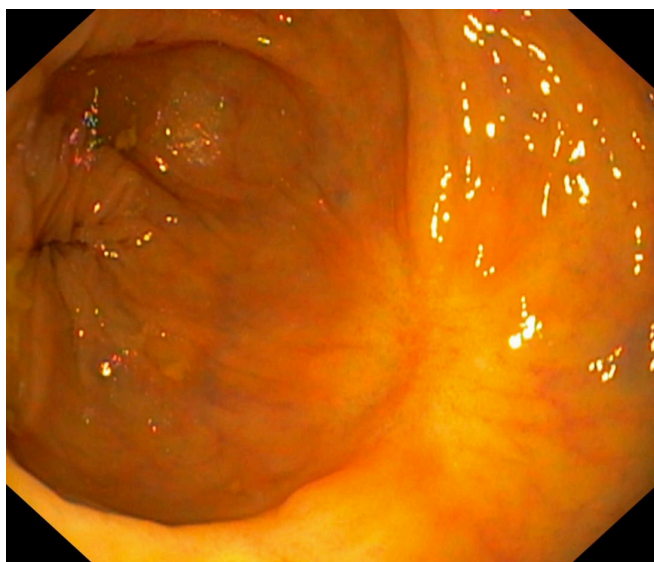


FIGURA 6

Control a los 8 meses. Cicatrización completa con ausencia de tejido adenomatoso residual.

Discusión

Las perforaciones de gran tamaño habitualmente precisan tratamiento quirúrgico. No obstante, si la situación clínica lo

permite, se pueden intentar cerrar mediante el uso de hemoclips estándares con una técnica adecuada. Es importante mantener la calma, valorar los signos vitales del paciente, y si existe una adecuada preparación del colon valorar las distintas opciones endoscópicas antes de recurrir a una cirugía precipitadamente. Otra alternativa descrita cuando falla el cierre primario con clips, y que estamos empleando, es el uso de endoloop ligando varios clips en los bordes de la perforación para permitir su aproximación y posterior refuerzo con clips suplementarios.

CP-011. COLEDODUODENOSTOMÍA CON LAMS (TIPO HOT-AXIOS) EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR TPMI DEGENERADO A ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

GÓMEZ TORRES KM, MOLINA VILLALBA C, MIRAS LUCAS L, REQUENA DE TORRE J, DE LA CUESTA FERNÁNDEZ I, JARAVA DELGADO M, GALLEGRO ROJO FJ

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

Introducción

El drenaje de la vía biliar por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es de elección para la ictericia obstructiva de origen maligno. No obstante, ante el fracaso técnico es preciso recurrir a otras alternativas.

Caso Clínico

Mujer de 82 años, dependiente y pluripatológica, consulta por ictericia progresiva, pérdida de peso y dolor abdominal. En pruebas de imagen se aprecian masas sólidas y heterogéneas en la glándula pancreática, con dilatación de la vía biliar intrahepática,



FIGURA 1

TAC abdomino-pélvica con masas sólidas de intensidad heterogénea en cabeza/proceso uncinado, entre cabeza pancreática y segunda porción duodenal, y en cuerpo-cola pancreática.

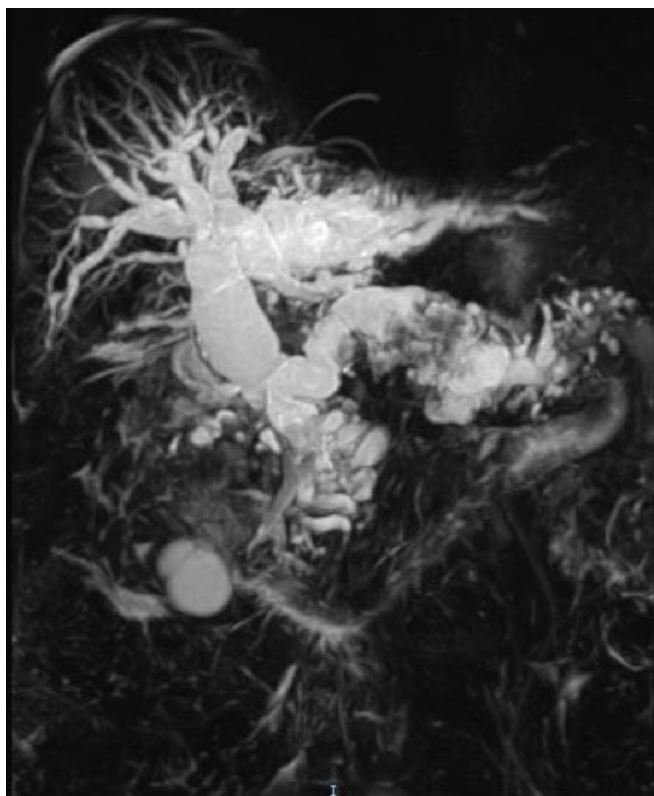


FIGURA 2

Dilatación marcada de vía biliar intra y extrahepática en colangiogramaRMN.

extrahepática y conducto pancreático (Figuras 1 y 2). Además, una lesión hepática hipodensa de 25mm, compatible con metástasis.

Se decide manejo paliativo, planteándose CPRE para drenaje biliar. Se observa la papila deformada, ulcerada y con emisión de moco, sugerente de tumoración papilar mucinosa intraductal (TPMI)-rama principal. Al ser imposible su canulación se toman biopsias de la zona ulcerada que se informa como TPMI pancreático. Se decide entonces drenaje por ecoendoscopia. Los hallazgos fueron compatibles con adenocarcinoma en cabeza de páncreas (Figura 3). Se confirma dilatación del colédoco (22mm) con amputación brusca a nivel intrapancreático, y dilatación de la

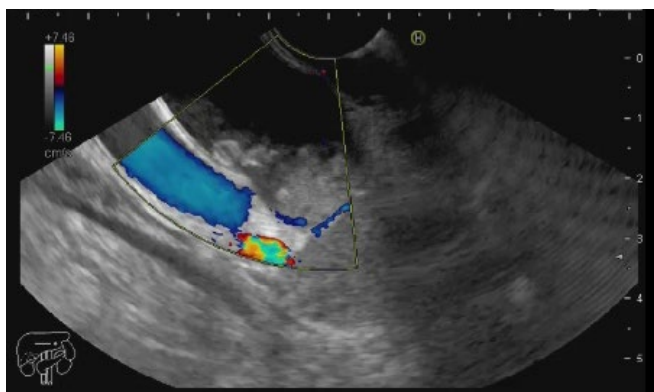


FIGURA 3

Masa heterogénea en cabeza pancreática de 60-70mm que contacta e invade la vena porta.

EVOLUCIÓN DE LA ANALÍTICA		
Parámetro	Previo al procedimiento	Tras el procedimiento
Creatinina (mg/dl)	0.55	0.49
BT (mg/dl)	21.97	3.71
BD (mg/dl)	17.62	1.41
GOT (U/L)	88	43
GPT (U/L)	140	69
PCR (mg/dl)	8.64	6.75
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	12.6	20.8
Hemoglobina (g/dl)	11.8	12.3
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	291	388
INR	0.96	1.01
TTPa (seg)	26.5	17.9

TABLA 1

Comparativo de analíticas previa y posterior al procedimiento.

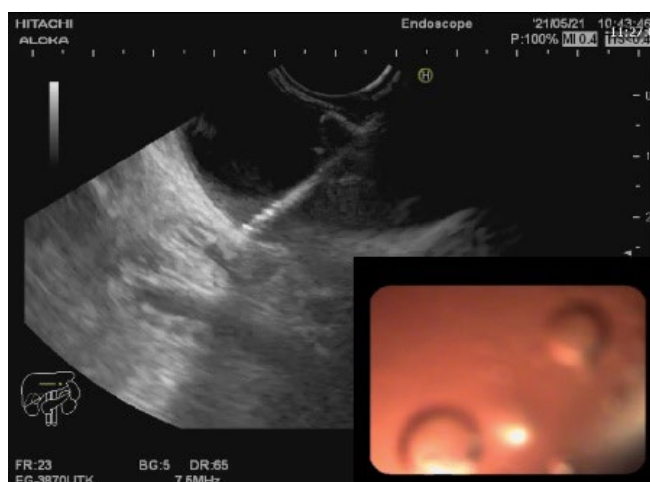


FIGURA 4

Colocación de prótesis Hot-Axios guiado por ecoendoscopia.

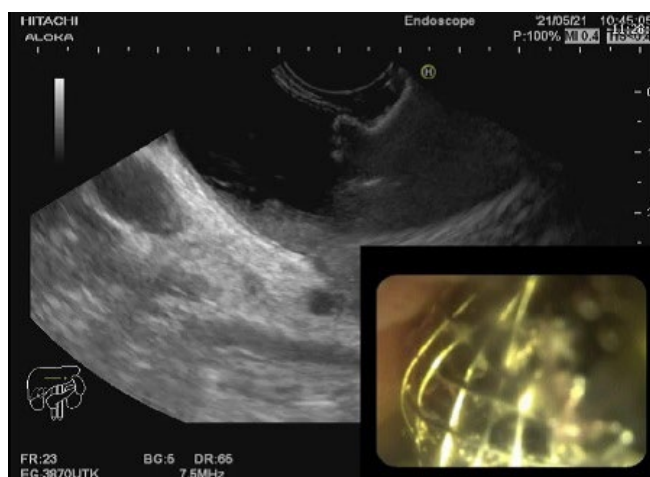


FIGURA 5

Prótesis colocada, verificando por visión endoscópica adecuado drenaje de la vía biliar.

vesícula. Se realiza coledocoduodenostomía con LAMS tipo Hot-Axios (8x8mm), sin complicaciones, confirmando adecuado drenaje biliar (Tabla 1, Figuras 4 y 5). La paciente se va de alta y fallece a los 2 meses.

Discusión

Los pacientes con TPMI-rama principal tienen riesgo de desarrollar adenocarcinoma de páncreas, siendo la ictericia un dato de alarma. Se espera que un 10-15% progrese durante 3-5 años de seguimiento.

El manejo de la ictericia es fundamental en la obstrucción maligna de la vía biliar, porque el inadecuado drenaje afecta la posibilidad de terapia sistémica, reduce la calidad de vida e incrementa la morbilidad. La CPRE es el tratamiento de elección, pero puede ser imposible ante invasión tumoral periampular, obstrucción duodenal o alteración anatómica, fallando en el 5-10% de los casos. Tradicionalmente, la segunda opción era el drenaje transhepático, con una elevada tasa de complicaciones.

El drenaje por ecoendoscopia es una alternativa emergente en la última década con altas tasas de éxito, bajo riesgo de complicaciones y mejor calidad de vida para el paciente. Su uso se vuelve más seguro, fácil y rápido con el surgimiento de dispositivos específicos, como la prótesis metálica de aposición luminal (LAMS) con sistema de cauterio incorporado, que permite realizar el procedimiento en un solo paso. Se debe considerar en casos de colédoco >15mm, distancia pared duodenal-vía biliar <10mm, asegurando buena maniobrabilidad en el bulbo duodenal. Los eventos adversos incluyen neumoperitoneo, fuga biliar, hemorragia, perforación y migración del stent.

Conclusiones

La ecoendoscopia±PAAF es una técnica segura y presenta un rendimiento diagnóstico adecuado en lesiones LSE de pequeño tamaño, sin embargo el bajo tamaño muestral limita los resultados.

CP-012. COMPARACIÓN DEL NUEVO SCORE ABC FRENTE AL SCORE MAP(ASH) EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

HERRADOR PAREDES M, JIMÉNEZ ROSALES R, LÓPEZ VICO M, LÓPEZ TOBARUELA JM, MARTÍNEZ CARA JG, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

Comparar las escalas ABC y MAP(ASH) en la predicción de mortalidad en hemorragia digestiva alta (HDA).

Material y Métodos

Se trata de un estudio prospectivo que incluye a los pacientes con HDA valorados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre 2013 y 2020. Sólo se analizaron los pacientes no incluidos en la validación de la escala ABC. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de los procedimientos realizados. Los resultados principales fueron la mortalidad hospitalaria y la necesidad de intervención (incluyendo transfusión de hematíes, tratamiento endoscópico,

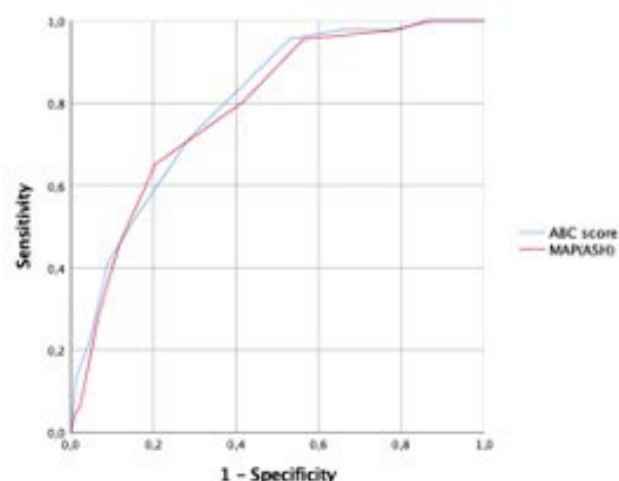


FIGURA 1

Curva ROC de predicción de mortalidad.

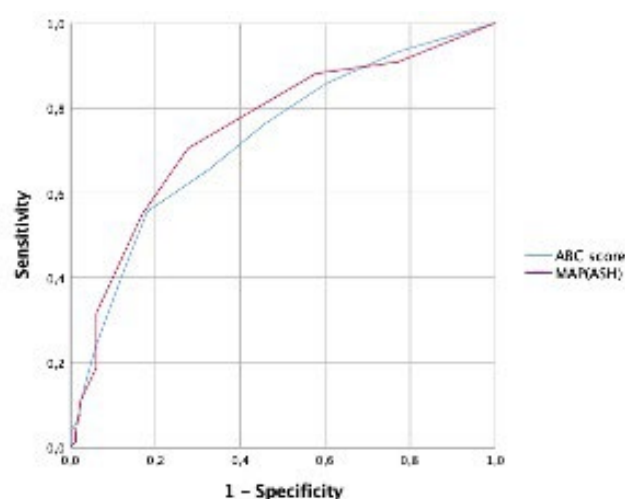


TABLA 1

Curva ROC de predicción de intervención.

radiología intervencionista o cirugía) La capacidad discriminativa de las escalas se evaluó utilizando la curva ROC.

Resultados

Se incluyeron un total de 579 pacientes con HDA, con una mediana de edad de 64,18 años. El 66,8% fueron varones y la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 10%. MAP(ASH) tuvo un área bajo la curva (IC del 95%) para predecir la mortalidad de 0,79 (0,73-0,86; $p < 0,001$). y la escala ABC tuvo un área bajo la curva (IC del 95%) del 0,80 (0,74-0,86; $p < 0,001$) (Figura 1). Para la predicción de intervención MAP(ASH) tuvo un área bajo la curva (IC 95%) de 0,75 (0,69-0,81; $p < 0,001$) versus la escala ABC 0,72 (0,66-0,78; $p < 0,001$) (Figura 2).

Utilizando los umbrales de bajo riesgo de muerte previamente definidos, ABC clasificó una mayor proporción de pacientes como

de bajo riesgo (30,1%vs.14,3%; $p<0,001$), con tasas de mortalidad similares (1,3% vs.1,2%; $p=1,00$). Por ello, evaluamos el umbral MAP(AHS) ≤ 2 para definir pacientes de bajo riesgo. Con este, ABC y MAP(AHS) clasificaron una proporción similar de pacientes como bajo riesgo (30,1%vs.29,2%; $p=0,223$), con tasas de mortalidad similares (1,3 %vs.1,2%; $p=0,09$).

Conclusiones

La escala MAP(ASH) es muy similar a la escala ABC en la predicción de mortalidad, ofreciendo la ventaja de una predicción precisa de la necesidad de intervención, que puede considerarse aún más importante en la práctica clínica diaria. Para identificar a los pacientes con bajo riesgo de muerte sería seguro y más útil establecer el umbral MAP(ASH) ≤ 2 . MAP(ASH) es una puntuación pre-endoscópica de cálculo simple permitiendo su uso de forma precoz en HDA para predecir intervención y mortalidad.

CP-013. COMPARATIVA DE DOS HOJAS DE INSTRUCCIONES PARA LA LIMPIEZA DEL COLON CON PEG 1 LITRO EN LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, CIRIA BRU V, HERRERA MARTÍN P

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRONSALUD SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA.

Introducción

El factor fundamental en la rentabilidad de la colonoscopia es una buena limpieza intestinal. Entre los efectos secundarios de la nueva preparación con un litro de PEG (polietilenglicol) más ácido ascórbico (Pleinvue), algunos pacientes presentan náuseas y vómitos, que podrían suponer rechazo al preparado en sucesivas colonoscopias.

Se evaluó la eficacia en la preparación catártica, la aparición de estos efectos adversos y su influencia en la limpieza del colon.

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 limpieza de Boston (ELCB) y el grado de satisfacción mediante escala validada (Likert) (Figura 1).

Se compararon dos hojas de instrucciones: una sin ilustraciones en las tomas (Figura 2) y otra con dibujos explicando las tomas fraccionadas (Figura 3).

ESCALA LIKERT

(rodee con un círculo la opción adecuada)

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

DESCRIBA LOS EVENTOS ADVERSOS:

FIRMA DEL PACIENTE:

FIGURA 1

Escala Likert de Satisfacción.



CÓMO PREPARAR PLEINVUE®	
<p>Abra el sobre correspondiente a la Dosis 1, y disuelva el contenido en 500 ml de agua muy fría. Tómese el preparado lentamente a lo largo de 40-45 minutos.</p> <p>DOSIS 1</p>  <p>Se recomienda beber medio vaso cada 10 min (125 ml). A continuación tome ½ litro de líquidos claros.</p>	<p>Abra el sobre correspondiente a la Dosis 2 (Sobre A + Sobre B) y disuelva el contenido de los 2 sobres en 500 ml de agua muy fría. Tómese el preparado lentamente a lo largo de 40-45 minutos.</p> <p>DOSIS 2</p>  <p>Se recomienda beber medio vaso cada 10 min (125 ml). A continuación tome ½ litro de líquidos claros.</p>

FIGURA 2

Instrucciones sin ilustraciones en la segunda toma.




CÓMO PREPARAR PLEINVUE®	
<p>DOSIS 1</p> 	<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.
<p>DOSIS 2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Abra el sobre correspondiente a la DOSIS 2 (Sobre A + Sobre B) y disuelva el contenido de los dos 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 NAÚSEAS/VÓMITOS 

FIGURA 3

Instrucciones con ilustraciones en la segunda toma.

Resultados

Entre Enero de 2019 y Enero de 2021 se incluyeron 320 pacientes (55% hombres), con una edad media de 51 años (rango entre 16 – 84). Las indicaciones de la colonoscopia fueron: cribado de cáncer colorrectal 54%, rectorragia 16 %, seguimiento de pólipos 12% y miscelánea 18%.

ELCB	Pacientes (n)	%
9	150	46,9
8	92	28,7
7	49	15,3
6	22	6,9
4	3	0,9
3	4	1,3

TABLA 1

Limpieza intestinal según escala de Boston.

Grupos de Pacientes	Instrucciones CON gráficos (n=198)	Instrucciones SIN gráficos (n=122)	P (<0,05)
Edad media	51,34 (± 12) años	50,83 (±11) años	0,703 (T)
Sexo (mujer)	49,0%	39,3%	0,106 (X ²)
Indicación (cribado)	65,1%	68,8%	0,353 (X ²)
Consumo completo	89,9%	93,4%	0,180 (X ²)
Facilidad de las tomas	81,8%	80,3%	0,769 (X ²)
Limpieza Colon izquierdo (ELCB > 1)	98,5%	98,4%	0,993 (X ²)
Limpieza Colon transversal (ELCB > 1)	98,0%	98,4%	0,869 (X ²)
Limpieza Colon derecho (ELCB > 1)	97,4%	95,9%	0,223 (X ²)
LIMPIEZA adecuada (ELCB>=6)	97,5%	98,4%	0,713 (X ²)

TABLA 2

Ambos grupos según la hoja de instrucciones con o sin ilustraciones gráficas eran comparables entre sí.

Tipo Efecto Adverso	Total (n/porcentaje)	Instrucciones SIN gráficos (n=122)	Instrucciones CON gráficos (n=198)	P (Chi Cuadrado)
Vómitos	20/6,3%	10,7%	3,5%	0,016
Náuseas	48/15,0%	11,5%	17,2%	0,198
Otros	27/8,4%	4,9%	10,6%	0,097
Ninguno	225/70,3%	73,0%	68,7%	0,699

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.

La preparación fue óptima (ELCB ≥ 8) en 75,6% de los pacientes y adecuada en el 97,8% con una puntuación ≥ 6 ELCB. Sólo siete pacientes tuvieron preparación inadecuada (ELCB < 5) (Tabla 1). Respecto a los eventos adversos: 20 pacientes sufrieron vómitos (6,3%), 48 náuseas (15,0%) y otros (8,4%).

Los grupos comparados que usaron distintas hojas de instrucciones fueron homogéneos en edad, sexo, indicación, grado de Boston de limpieza del colon, facilidad de la ingesta y toma completa del producto (Tabla 2). En el grupo de instrucciones con dibujos disminuyó significativamente los vómitos respecto del otro grupo sin ilustraciones (3,5% vs 10,7%) (Tabla 3).

Conclusiones

La preparación con Pleinvue tiene efectos secundarios leves que no alteran su eficacia. La hoja de instrucciones con ilustraciones permite disminuir la incidencia de efectos secundarios mejorando la tolerancia y la limpieza.

Debido al bajo coste y beneficio que puede suponer, debería generalizarse el uso de estas instrucciones con ilustraciones en las unidades de endoscopia.

CP-014. CPRE EN PACIENTE PEDIÁTRICO POR COMPLICACIÓN TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

GONZALEZ CASTILLA ML, SERRANO RUIZ FJ, ALAÑÓN MARTINEZ PE, LADEHESA PINEDA MJ, PLEGUEZUELO NAVARRO M, HERVÁS MOLINA AJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Las complicaciones biliares se presentan en el 10-30% de los trasplantes hepáticos, pudiendo causar importante morbilidad e incluso la pérdida total del injerto sino se realiza un diagnóstico y abordaje terapéutico precoz.

Caso Clínico

Niña de 5 años, diagnosticada de enfermedad metabólica hereditaria con déficit de argininosuccinato liasa (ASAL). A pesar de tratamiento dietético adecuado a su patología, precisa múltiples ingresos por hiperamonemia recidivante, presentando progresivo deterioro del desarrollo neurocognitivo.

Dada la evolución clínica, en mayo de 2021 se realiza trasplante hepático ortotópico de hígado reducido, con anastomosis termino-terminal de colédoco. La segunda semana post-trasplante comienza con gran débito biliar por el drenaje externo. Se realiza ecografía y colangiorresonancia (Figura 1) objetivándose una colección adyacente al drenaje con estenosis de la anastomosis biliar.

Se consensua abordaje endoscópico terapéutico. Inicialmente se introduce gastroscopio para valorar anatomía y sobre guía se pasan dilatadores Savary de 12,8, y 14 mm, para asegurar que el



FIGURA 1

Colangiogram: estenosis de anastomosis biliar.



FIGURA 3

CPRE: prótesis pancreática 5F y 3 cm y prótesis biliar realizada con catéter dilatador de 6F recortado a 8 cm.



FIGURA 2

Guía pancreática y guía biliar. Colangiografía demuestra vía biliar distal menor de 4 mm. Proximal a la anastomosis (marcada por material metálico de sutura) se objetiva extravasación de contraste sin dibujarse la vía biliar proximal.

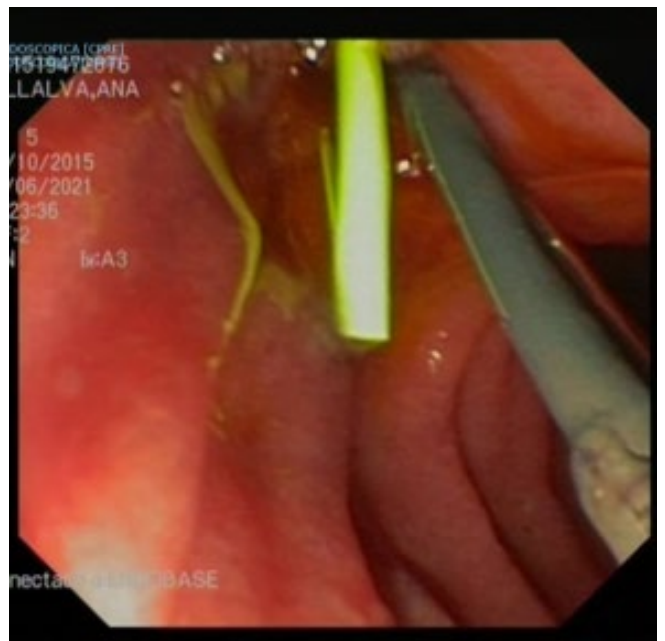


FIGURA 4

CPRE: visión endoscópica de prótesis pancreática y prótesis biliar.

acceso con duodenoscopia es factible. Posteriormente se realiza la CPRE, se canula Wirsung en primer lugar, accediendo a colédoco mediante técnica de doble guía (Figura 2). En colangiografía se objetiva una vía biliar distal menor de 4 mm. A nivel de anastomosis biliar (identificada por material radiopaco de sutura) se objetiva extravasación de contraste sin dibujarse la vía biliar proximal. Se

realiza esfinterotomía y dilatación de vía biliar con catéter de 6F, sin conseguir franquear con el dilatador de 8.5F la anastomosis. Mediante catéter dilatador de 6F se fabrica prótesis plástica de 8 cm, al no disponer de una prótesis con longitud y diámetro adecuado. Se inserta prótesis pancreática de 5F y 3cm utilizando como empujador un esfinterotomo (Figuras 3 y 4).



FIGURA 5

Prótesis biliar fabricada con catéter dilatador de 6F. Solapas o "flaps" realizados mediante bisturí.

La paciente presenta adecuada evolución clínica, con ausencia de débito biliar por el drenaje. En septiembre se retira mediante CPRE la prótesis biliar (Figura 5), habiendo migrado la prótesis pancreática. Adecuada evolución clínica sin complicaciones.

Discusión

Tanto en el paciente pediátrico como adulto, las principales complicaciones biliares post-trasplante son: estenosis biliar y fuga biliar. Actualmente, gran parte de estas complicaciones se resuelven por vía endoscópica, siendo la CPRE el procedimiento terapéutico de elección. No obstante, cada caso debe ser individualizado y abordado de manera multidisciplinar.

A pesar de las escasas indicaciones de la CPRE en pediatría y la ausencia y/o escasa disponibilidad de material específico, esta técnica se considera eficaz y segura en el manejo de las complicaciones biliares post-trasplante en población pediátrica, consiguiendo evitar otras intervenciones más invasivas.

CP-015. CUERPO EXTRAÑO COMO CAUSA DE INFLAMACIÓN GÁSTRICA DE ETIOLOGÍA BENIGNA POTENCIALMENTE GRAVE

ASADY BEN G, PINAZO BANDERA JM, COBOS RODRÍGUEZ J, ANDRADE BELLIDO R

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

Introducción

En la práctica diaria los cuerpos extraños suelen sobrepasar el tracto digestivo espontáneamente. En ocasiones presentan complicaciones como obstrucción o perforación. La importancia de realizar un diagnóstico precoz radica en definir una terapia conservadora o quirúrgica lo más temprana posible para evitar un desenlace desfavorable para el paciente.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 74 años que consulta por dolor en hipocondrio izquierdo, náuseas y febrícula. Analíticamente destaca una elevación marcada de los reactantes de fase aguda. Se solicita un TC abdominal urgente en el que se evidencia llamativo engrosamiento de antro gástrico de probable origen inflamatorio o tumoral.

Ingresa para antibioterapia intravenosa y realización de gastroscopia, en la que se aprecia imagen excavada en antro de la que rezuma contenido purulento, sugestiva de fístula. La paciente evoluciona de forma tórpida, con perforación gástrica

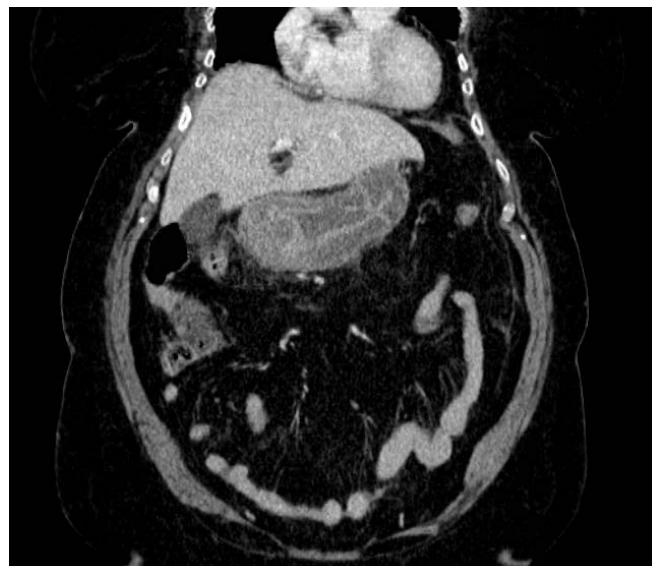


FIGURA 1

Abscesos gástricos.



FIGURA 2

Espina de pescado en el espesor gástrico.



FIGURA 4

Salida de contraste (azul de metileno) a través de úlcera gástrica perforada.

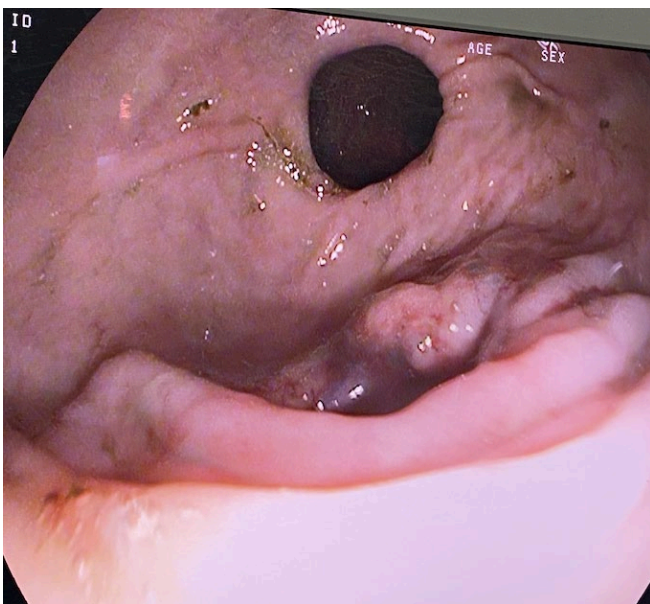


FIGURA 3

Úlcera gástrica en gastroscopia intraoperatoria.

peritonítica que requiere intervención quirúrgica urgente para limpieza y drenaje. Posteriormente se reinterviene al objetivarse fuga de contraste transgástrico en control radiológico. Con apoyo endoscópico intraoperatorio se identifica, instilando azul de metileno, la úlcera perforada que se reseca. En las imágenes radiológicas se identifica un cuerpo extraño afilado, de densidad hueso, inmerso en el espesor de la pared gástrica alrededor del cual se organizaban abscesos complejos. Esto junto con la histología de la pieza quirúrgica fueron concluyentes con un cuerpo extraño abscesificado como causa de perforación gástrica.

Discusión

Habitualmente una espina de pescado suele alojarse en esófago y resolverse endoscópicamente. Sólo en un 1% de los casos provocan perforación o abscesos, siendo un 26% de los mismos en la mucosa gástrica. Un diagnóstico rápido disminuye la morbimortalidad. No obstante, la clínica puede ser inespecífica y se desconoce el antecedente de ingesta del cuerpo extraño al haberse expresado clínicamente de forma tardía. Tanto en cuerpos radiolúcidos como radiopacos se recomienda el TC como examen inicial por su elevada sensibilidad (100%) y especificidad (93%).

CP-016. DILATACIÓN NEUMÁTICA COMO TERAPIA DE RESCATE TRAS FALLO TERAPÉUTICO A CIRUGÍA CON MIOTOMÍA DE HELLER EN EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA

CASTRO RODRÍGUEZ J, APARICIO SERRANO A, GÓMEZ PÉREZ A, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ R, SANTOS LUCIO A, GÓMEZ GARCÍA M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

La miotomía de Heller, consistente en la disección quirúrgica de las fibras musculares de la capa circular del esófago distal, ha sido históricamente el tratamiento de elección de la acalasia, con tasas de respuesta del 76-100% a los 3 años, asociando una funduplicatura

para reducir las tasas de reflujo gastroesofágico. Sin embargo no hay consenso sobre la técnica ideal cuando hay recurrencia tras la cirugía.

Caso Clínico

Se expone el caso de un varón de 50 años sin antecedentes de interés con clínica de disfagia progresiva a sólidos y a líquidos, regurgitación de alimentos y dolor retroesternal. Tras la realización de gastroscopia, tránsito baritado y manometría esofágica, es diagnosticado de acalasia. Se somete a terapéutica endoscópica en otro centro mediante inyección de toxina botulínica. Tras la recurrencia de los síntomas es intervenido quirúrgicamente mediante miotomía de Heller laparoscópica, con buena respuesta inicial.



FIGURA 1

Tránsito baritado esófago-gastro-duodenal con los hallazgos típicos de acalasia: dilatación y tortuosidad del esófago, ausencia de peristalsis del cuerpo esofágico y retraso en el vaciamiento con estrechamiento progresivo distal (pico de pájaro).



FIGURA 2

Imagen de escopia durante la dilatación neumática con balón, donde se controla radiológicamente la colocación de la guía de punta atraumática en cavidad gástrica.

Al año de la cirugía el paciente presenta recidiva sintomática, con disfagia, regurgitación de alimentos, epigastralgia y pérdida de peso significativa. Acude a nuestro centro y se actualizan las pruebas complementarias. En la gastroscopia se evidencia dilatación de la luz esofágica y resistencia a la intubación de la unión gastroesofágica. En el tránsito baritado aparece un esófago dilatado con estrechamiento distal (Figura 1). En la manometría de alta resolución se objetiva una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, así como una aperistalsis del cuerpo esofágico (100% de ondas fallidas) y presurización panesofágica, diagnóstico de acalasia tipo II. Es sometido a dilatación neumática progresiva con balón de 30 mm sobre guía de punta atraumática guiada por escopia (Figura 2), sin complicaciones. El paciente permanece asintomático desde hace meses.

Discusión

La miotomía de Heller laparoscópica tiene mayores tasas de éxito a corto plazo (3 meses- un año) en comparación con la dilatación neumática, no habiendo diferencias significativas a largo plazo (2-5 años). Tras el fracaso de la cirugía, se puede rehacer la miotomía quirúrgica en casos de anomalías anatómicas o fibrosis, pero aumenta el riesgo de perforación (1-20%) debido a la presencia de adherencias. La dilatación neumática endoscópica es una terapia de segunda línea segura, menos invasiva y efectiva (tasa de respuesta 50-95%). En los últimos años está en auge la técnica POEM (Miotomía Endoscópica PerOral), con buenos resultados (82-100%) tanto en primera línea, instaurándose ya como una de las terapias de elección sobre todo en acalasia tipo III, como en la recidiva tras la cirugía.

CP-017. DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÉNICO: UNA RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

RUIZ PAGES MT, BOCANEGRA VINIEGRA M, OSORIO MARRUECOS M

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

Introducción

Los divertículos esofágicos epifrénicos suelen localizarse a unos 10 cm de la unión esófago-gástrica, en el lado derecho del esófago. El mecanismo de formación suele ser por gradientes de presión transmural que ocasionan una herniación de la mucosa a través de una debilidad focal de la capa muscular del esófago. Pueden estar asociados a trastornos motores esofágicos y/o a obstrucciones funcionales o mecánicas del esófago.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 73 años dependiente con antecedentes de demencia mixta, hernia de hiato, asma, fibrilación auricular en tratamiento con Enoxaparina y cáncer de colon intervenido hace 20 años. Acude a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y melenas con episodio presincope asociado, de 24 horas de evolución. En analítica urgente destaca hemoglobina de 7.3 g/dL con disociación urea/creatinina. Se realiza gastroscopia urgente donde se aprecia una gran cantidad de coágulos en esófago así como sangre fresca a unos 30 centímetros de la arcada dentaria que, tras lavados, permite identificar un gran divertículo que presenta sangrado en jet procedente de un coágulo. Se inyecta polidocanol consiguiendo hemostasia, sin conseguir desprender el coágulo (Figura 1). Se realiza una segunda gastroscopia a las 24 horas donde se identifica, en el puente mucoso que une el divertículo con la luz esofágica, un vaso visible sin signos de sangrado activo (Figura 2),

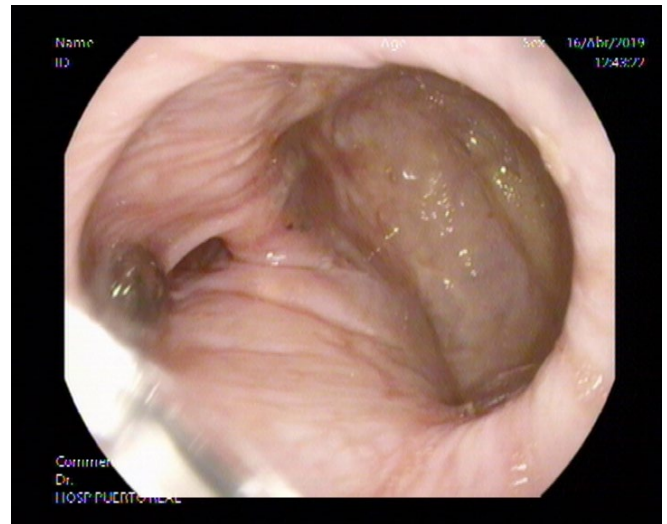


FIGURA 2

Divertículo esofágico con vaso visible.

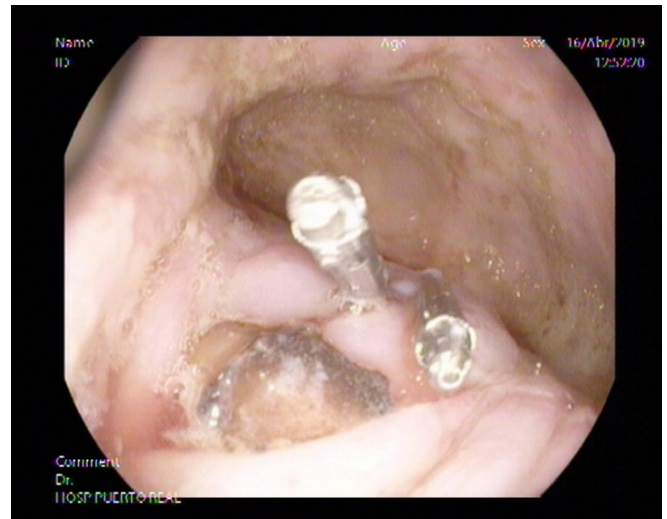


FIGURA 3

Hemoclips colocados sobre divertículo esofágico sangrante.

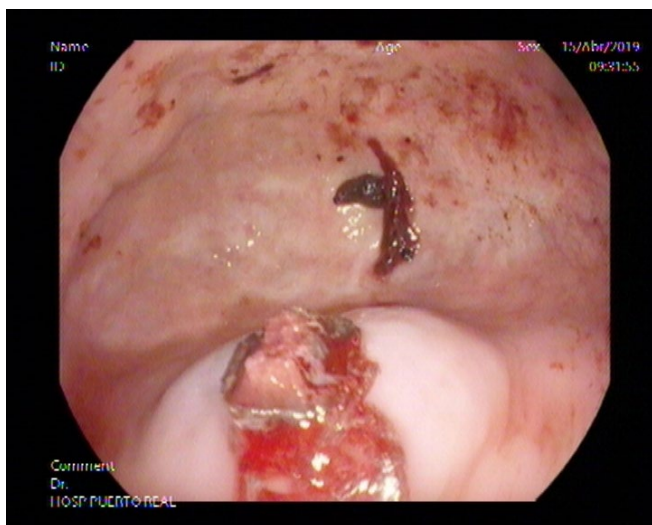


FIGURA 1

Divertículo esofágico sangrante con coágulo adherido.

por lo que se posicionan 2 hemoclip sin complicaciones inmediatas (Figura 3). La paciente evoluciona de forma favorable siendo dada de alta hospitalaria.

Pasado un mes, la paciente reingresa con episodio de dolor abdominal observándose en TC abdominal urgente datos de neumoperitoneo y signos de sangrado activo a nivel del divertículo esofágico. A pesar de tratamiento médico inicial, la paciente presenta una rápida evolución tórpida con anemización progresiva e inestabilidad hemodinámica, decidiéndose no realizar intervención quirúrgica dada la alta morbilidad asociada y produciéndose el éxito de la paciente a las pocas horas.

Discusión

La mayoría de divertículos esofágicos epifrénicos son asintomáticos, existiendo muy pocos casos descritos en la literatura de hemorragia digestiva secundaria a estos. Una vez identificada la causa, es importante la realización de un tratamiento endoscópico urgente para así lograr el control de la hemorragia.

El capítulo final del caso que nos concierne nos hace plantearnos la indicación, una vez producido el primer episodio de sangrado, de realizar otras pruebas de imagen que nos permitan descartar complicaciones de la patología o incluso del procedimiento y prevenir así desenlaces como el de nuestra paciente.

CP-018. DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

CASTRO RODRÍGUEZ J, GÓMEZ GARCÍA M, GÓMEZ PÉREZ A, APARICIO SERRANO A, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ R, SANTOS LUCIO A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

El divertículo de Zenker es una formación sacular que protruye en la pared posterior de la unión faringoesofágica (triángulo de Killian). Hasta hace pocos años el tratamiento de elección ha sido la cirugía abierta mediante exéresis del mismo (diverticulectomía) y miotomía del músculo cricofaríngeo, con alta morbilidad y complicaciones (perforación, mediastinitis, fístulas, estenosis) así como recidiva del 3-19%.

Caso clínico

Mujer de 84 años con antecedentes de artrosis y osteoporosis con clínica de disfagia cervical, con tolerancia exclusiva a alimentos triturados, regurgitación ocasional, pérdida de hasta 20 kg de peso y molestias epigástricas ocasionales. Se le solicita estudio endoscópico donde se objetiva paso dificultoso del gastroscopio hacia un fondo de saco ciego, sugestivo de divertículo de Zenker. Tras la realización de un tránsito baritado (**Figuras 1 y 2**) se confirma el diagnóstico de divertículo faringoesofágico de gran tamaño (5,5 cm).

Debido a la edad y características de la paciente, y tras explicarle las alternativas terapéuticas (cirugía o diverticulotomía endoscópica) se decide priorizar ésta última por ser menos invasiva. El procedimiento se lleva a cabo introduciendo el endoscopio, y ayudado por una guía alojada en la luz esofágica, se avanza el diverticuloscoPIO, exponiendo el tabique que separa el divertículo del esófago. A continuación se realiza corte de las fibras musculares del septo (septotomía) con la tijera monopolar SB-Knife Junior de forma progresiva hasta profundizar en la capa muscular, logrando una apertura del divertículo a la luz esofágica (**Figuras 3 y 4**). Finalmente se colocan 2 clips en la zona central para reducir el

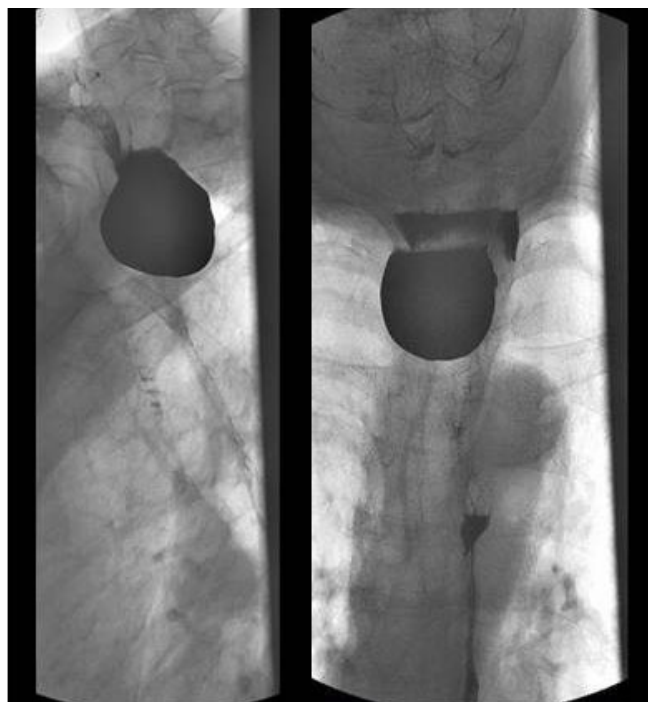


FIGURA 1

Tránsito baritado esofágico en el que se observan en distintos planos el acúmulo de contraste dibujando una bolsa a nivel cervical posterior, compatible con divertículo de Zenker que en este caso se considera de gran tamaño (5,5 cm).



FIGURA 2

Tránsito baritado esofágico en el que se observa el divertículo de Zenker con presencia de reflujo hacia faringe tras llenarse de contraste.

riesgo de sangrado y perforación, sin producirse complicaciones posteriores.

En las consultas posteriores de revisión la paciente se encuentra asintomática, sin disfagia ni nuevos episodios de regurgitación.



FIGURA 3

Diverticuloscopio colocado a nivel del septo de separación entre el esófago y el propio divertículo. Una guía nos permite identificar la luz verdadera esofágica.

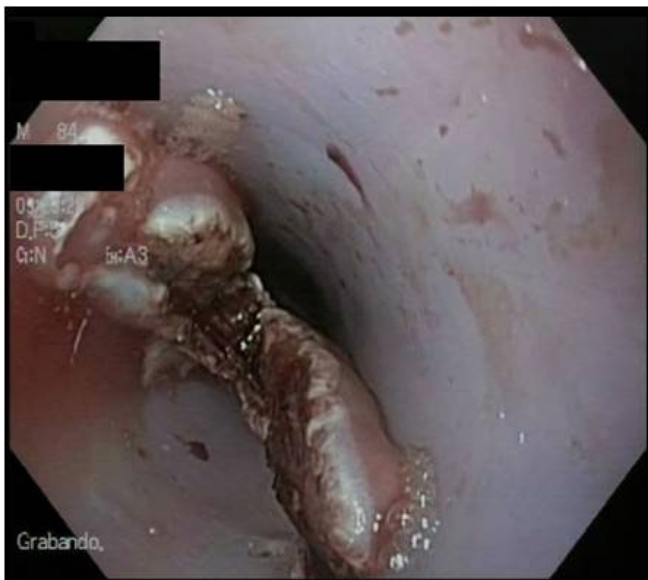


FIGURA 4

Se realizan cortes sucesivos de las fibras musculares, profundizando desde la parte más superior del septo hacia la más inferior, dejando un margen distal de seguridad final de unos 5 mm.

Discusión

En los últimos años se han desarrollado diferentes técnicas de diverticulotomía endoscópica que permiten la sección del septo de unión entre esófago y divertículo de forma poco invasiva, con buenas tasas de éxito (90%) y menor morbimortalidad, con especial indicación en divertículos de gran tamaño (>2cm). Existen distintos dispositivos que pueden emplearse, además del SB knife, argón plasma, bisturí y ligasure. Posee un 11% de efectos adversos, la mayoría leves (dolor cervical, odinofagia), siendo más infrecuente los graves como perforación o hemorragia digestiva. El paciente puede ser dado de alta a las pocas horas si no hay complicaciones y tolera adecuadamente la ingesta oral. La tasa de recurrencia es del 13%, sobre todo en divertículos de gran tamaño y escasa longitud de corte.

CP-019. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRÓTESIS PALIATIVAS DE ESÓFAGO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

ANGULO MCGRATH I, MORALES BERMÚDEZ AI, MARTÍNEZ BURGOS M, VÁZQUEZ PEDREÑO L, JIMÉNEZ PÉREZ M

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

Introducción

Evaluar la efectividad y seguridad de las prótesis esofágicas como tratamiento paliativo de la disfagia secundaria a neoplasia estenosante de esófago.

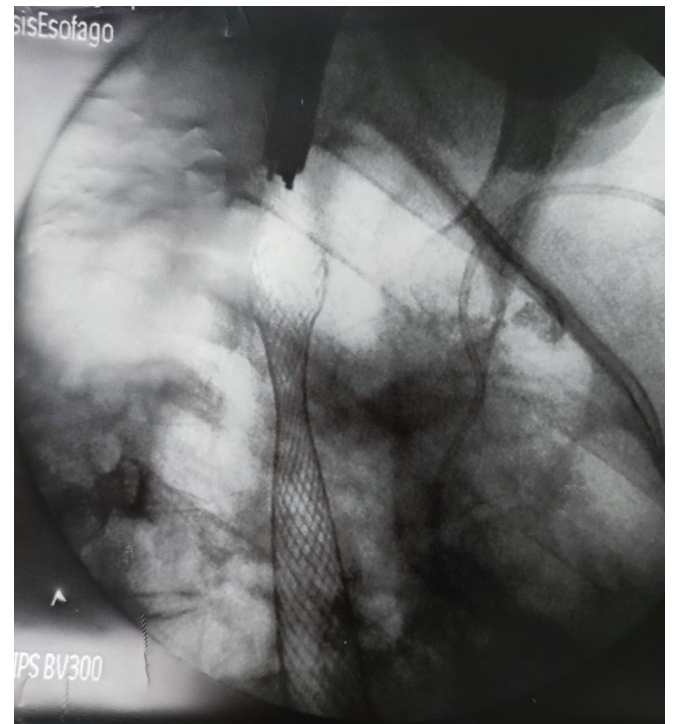


FIGURA 1

Control radiológico de posicionamiento de prótesis esofágica.



FIGURA 2
Control radiológico de posicionamiento de prótesis esofágica.

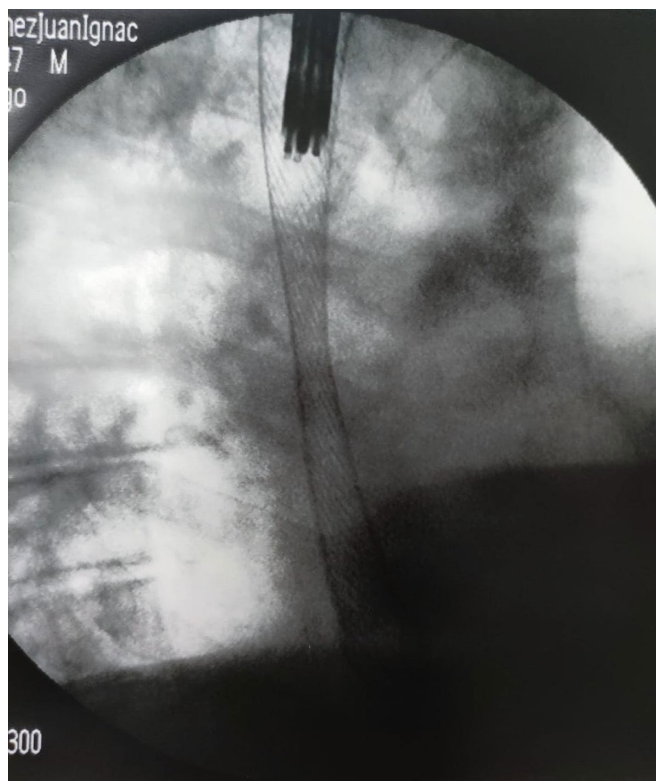


FIGURA 3
Control radiológico de posicionamiento de prótesis esofágica.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, retrospectivo, que incluyó los pacientes tratados mediante prótesis esofágica paliativa por neoplasia estenosante de esófago entre los años 2015-2021 en nuestro centro. Las prótesis utilizadas fueron parcialmente recubiertas (Wallflex). En todos los casos el procedimiento se llevó a cabo con control radiológico (Figuras 1-3), comprobándose la ausencia de migración mediante radiografía de tórax a las 24 horas del procedimiento. Consideramos éxito técnico a la correcta liberación de la prótesis en la localización deseada con una adecuada expansión de la misma y éxito clínico a la adecuada tolerancia oral por parte del paciente tras el procedimiento. Describimos la aparición de complicaciones asociadas a la técnica como la perforación y la migración. Se recogió la mediana de tiempo de aparición de reestenosis por progresión de enfermedad.

Resultados

Se recogió una muestra de 45 pacientes: 5 mujeres y 40 hombres. La localización de las estenosis fue: 12 neoplasias de unión esofagogástrica; 13 neoplasias de esófago distal; 14 neoplasias de esófago medio; 4 neoplasias de esófago proximal y 2 compresiones extrínsecas esofágicas secundarias a neoplasias de pulmón (Tabla 1). En 7 de las neoplasias se describen fístulas traqueoesofágicas o broncoesofágicas asociadas. Se describió 1 caso de migración que se resolvió mediante recolocación. En un caso se evidenció obstrucción de la prótesis por impactación alimentaria, que se resolvió mediante desimpactación endoscópica habitual. Se describieron 4 casos de estenosis de la prótesis por progresión de la enfermedad, 1 caso se resolvió mediante colocación de prótesis, un caso mediante fulguración con argón del tejido tumoral, en un caso se indica gastrostomía radiológica y en el último caso se decide limitación del esfuerzo terapéutico por situación terminal de la paciente. Se describió 1 caso de perforación, a los 14 días después de la colocación de la prótesis. El éxito técnico fue de 100%, y el éxito clínico del 97%, debido a la

Variable (n=45)	N (%) / Mediana (RIQ)
Sexo (hombre)	40 (88.89)
Edad (años)	69 (58-74)
Localización de la estenosis neoplásica	
- Unión esofagogástrica	12 (26.67)
- Esófago distal	13 (28.89)
- Esófago medio	14 (31.11)
- Esófago proximal	4 (8.89)
Otros (compresión extrínseca)	2 (4.44)
Éxito técnico en la colocación de la prótesis	45 (100)
Éxito clínico en la colocación de la prótesis	44 (97)
Tiempo hasta reestenosis (meses)	5 (3-8)

TABLA 1

Características basales de los pacientes. Descripción de éxito técnico, clínico y tiempo transcurrido hasta reestenosis.

migración. La mediana de tiempo en la que apareció estenosis por progresión fue de 5 meses (3-8).

Conclusiones

Las prótesis esofágicas parcialmente recubiertas son un tratamiento efectivo y seguro en el manejo de la disfagia en neoplasias estenosantes de esófago.

CP-020. ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED Y COLONOSCOPIA

TENDERO PEINADO C, JIMÉNEZ ROSALES R, LECUONA MUÑOZ M, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

La Enfermedad Injerto Contra Huésped (EICH) es una complicación común del Trasplante Alogénico de Células Hematopoyéticas. Ocurre cuando las células trasplantadas del donante reconocen al receptor como extraño, desarrollando una reacción inmunológica inadecuada. Los síntomas más frecuentes son dermatológicos y gastrointestinales (vómitos y diarrea).

La profilaxis de esta patología se basa en la inmunosupresión, generalmente con ciclosporina y metotrexato (variabilidad intercentro). Una vez establecida, el pilar fundamental del tratamiento consiste en corticoterapia tópica o sistémica, teniendo esta terapia distintos efectos secundarios, entre ellos, la propia inmunosupresión (a altas dosis disminuyen rápidamente linfocitos T).

Caso Clínico

Paciente de 20 años con parálisis cerebral infantil, diagnosticada de Aplasia Medular no respondedora a tratamiento farmacológico. Como siguiente paso, se decide Trasplante Alogénico de Médula Ósea Hematopoyética, pautándose Ciclosporina como profilaxis de EICH.

Cuatro meses después la paciente comienza con rash cutáneo, prurito, y posteriormente diarrea y disnea. Se ingresa para estudio de posible EICH, y se pauta Prednisona, y ante la regular evolución, Ruxolitinib.

Se realiza colonoscopia para completar estudio objetivándose lesiones con zona central ulcerada y deprimida (lesiones atípicas) con biopsias con mucosa de colon infiltrada por linfocitos B de tamaño intermedio-grande y fenómenos apoptóticos, concordante con proceso linfoproliferativo B con diferenciación plasmocelular IgM Lambda, asociado a Virus de Epstein Barr (VEB).

Se decide suspender corticoterapia, realizándose nuevo control endoscópico dos meses después, compatible con normalidad macro y microscópica.

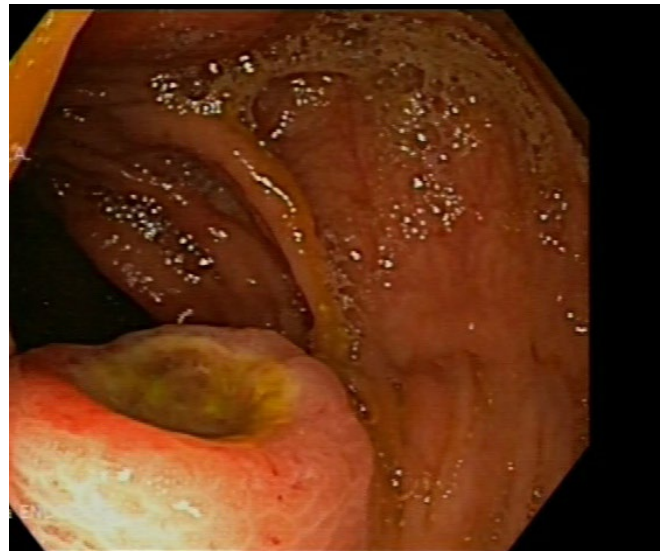


FIGURA 1
Lesión endoscópica 1.



FIGURA 2
Lesión endoscópica 2.

Discusión

Las enfermedades linfoproliferativas post trasplante ocurren consecuencia de la inmunosupresión a la que están sometidos estos pacientes.

El 95% de adultos a nivel mundial presenta evidencia serológica de infección por VEB. La infección aguda provoca una expansión de células B policlonales, que desencadenan una respuesta de células T citotóxicas, las cuales eliminan las células B infectadas, provocando el síndrome clínico de mononucleosis aguda. Una pequeña subpoblación de estas células puede escapar del sistema

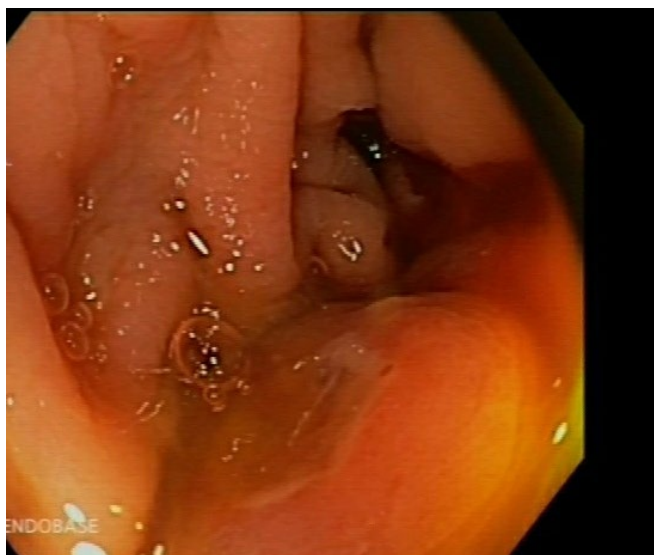


FIGURA 3
Lesión endoscópica 3.

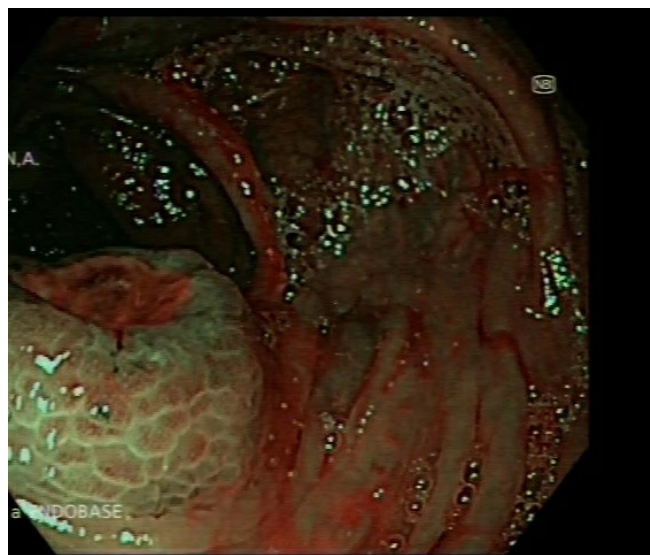


FIGURA 5
Lesión endoscópica 5.



FIGURA 4
Lesión endoscópica 4.

inmune, quedando quiescentes y reactivándose ante alteraciones de la inmunidad T.

Encontramos desde lesiones tempranas no malignas (hiperplasia), hasta trastornos malignos, polimórficos o monomórficos. El pilar fundamental del tratamiento es la reducción de la inmunosupresión, siendo esto suficiente en la mayoría de lesiones benignas y en algunas malignas, teniendo que recurrir con frecuencia en estas últimas a otros tratamientos como Rituximab, quimioterapia...

Afortunadamente, nuestra paciente responde de manera óptima a la reducción de corticoides.

Finalmente, es necesario destacar el papel fundamental de la endoscopia digestiva tanto en el diagnóstico de la EICH, como en el de las complicaciones de su tratamiento.

CP-021 ESOFAGITIS DISECANTE SUPERFICIAL; CAUSA RARA DE DISFAGIA.

GONZÁLEZ ZAMORANO S, MARAVER ZAMORA M, TERNERO FONSECA J, NARANJO PÉREZ A, CALDERÓN CHAMIZO M

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

Introducción

La esofagitis disecante superficial (EDS) es una entidad benigna, infrecuente, caracterizada por el desprendimiento de la capa mucosa de revestimiento del esófago, generalmente desencadenado por agentes ambientales o por un mecanismo inmune. La clínica incluye disfagia (57%), odinofagia (21%), náuseas, vómitos o pirosis. La obstrucción, dismotilidad esofágica preexistente o alteración de la anatomía son factores predisponentes.

Caso clínico

Varón de 44 años fumador severo, diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón en tratamiento radical con QT-RT. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) urgente por sospecha de impactación con diagnóstico de membrana esofágica cervical. A la semana, ingresa por odinofagia y disfagia a sólidos. Se repite EDA apreciando membrana residual con eritema y erosión en la zona afecta. Ante los antecedentes y un consumo de AINEs habitual, se diagnosticó de EDS. Se tomaron biopsias sin estudio histológico concluyente. Se retiraron AINEs y tabaco y se inició tratamiento con IBPs con evolución favorable.

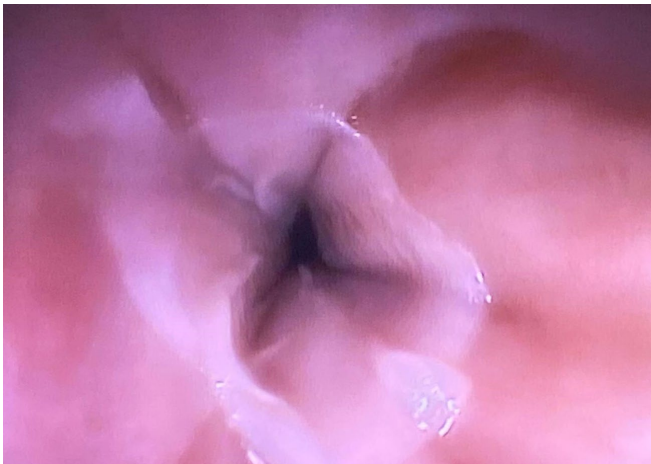


FIGURA 1

Membrana esofágica cervical visualizada en la primera endoscopia oral.

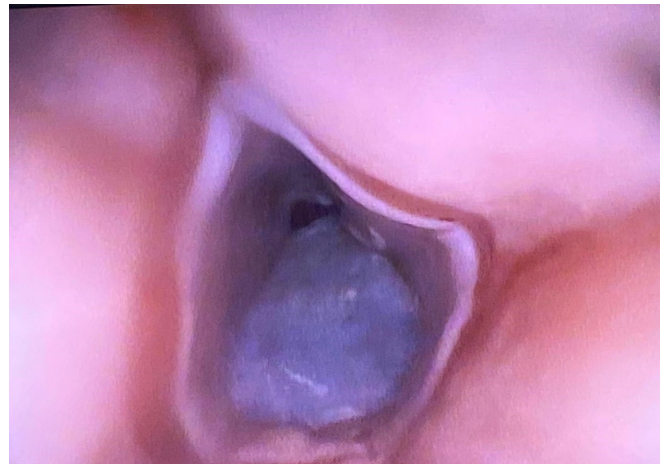


FIGURA 3

Membrana esofágica cervical visualizada en la primera endoscopia oral.

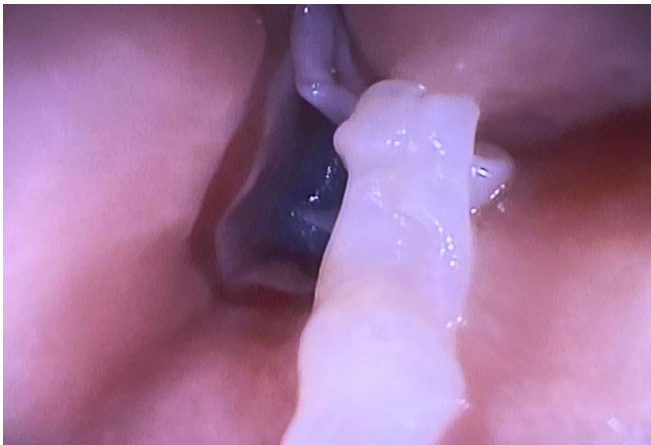


FIGURA 2

Membrana esofágica cervical visualizada en la primera endoscopia oral.



FIGURA 4

Erosión evidenciada durante la segunda endoscopia oral.

Discusión

La EDS es secundaria a una lesión aguda y posiblemente autolimitada de la mucosa esofágica. Se relaciona con múltiples fármacos como alendronato, AINEs, hierro, KCl, doxiciclina, quinidina, depresores del sistema nervioso central, clindamicina, eritromicina, tetraciclina y zidovudina; con enfermedades ampollasas como el pénfigo vulgar, penfigoide ampolloso y epidermólisis ampollosa; con pacientes oncológicos con o sin QT, inmunodeprimidos; con la enfermedad injerto contra huésped; consumo de alcohol; tabaquismo severo; enfermedad celíaca; insuficiencia renal; intubación nasogástrica; agentes corrosivos y escleroterapia endoscópica. En el diagnóstico diferencial se encuentran la infección por *Candida* sp, la ingesta de cáusticos o la necrosis esofágica aguda. Su patogenia parece inmunomediada con desarrollo de anticuerpos inmunoglobulina G contra las proteínas desmogleína 3. Endoscópicamente se visualizan membranas blanquecinas simples o múltiples, translúcidas u opacas, que pueden tener grietas longitudinales y/o circunferenciales con fragmentos de mucosa desprendida que involucran una parte o

la totalidad del esófago, junto a erosiones, estenosis, eritema y exudados. El esófago distal y medio es la localización más frecuente (69%). La histología revela un epitelio escamoso necrótico eosinófilo superficial, parcial o completamente desprendido de la capa basal, con hiperplasia celular. Asocia la presencia de infiltrado neutrofílico, con o sin vacuolas en su interfaz, entre las capas más profundas y las necróticas pudiendo existir microabscesos alrededor de la base papilar esofágica. Como tratamiento, con un pronóstico excelente, es fundamental la retirada de todos los factores relacionados junto a IBPs y en ocasiones, corticoides o inmunosupresores.

CP-022 ESOFAGITIS MEDICAMENTOSA

GÓMEZ PÉREZ A, APARICIO SERRANO A, ZAMORA OLAYA JM, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Las lesiones esofágicas producidas por la toma de fármacos son una complicación rara en la práctica clínica. Existen múltiples fármacos relacionados con dicha complicación, destacando por su mayor incidencia los antibióticos como las tetraciclinas, especialmente por su efecto irritante al producir una quemadura ácida local.

Caso clínico

Mujer de 19 años de edad en tratamiento con doxicilina desde hace dos meses por acné, acude a urgencias por presentar desde hace cinco días dolor retroesternal y sensación de cuerpo extraño esofágico que le dificulta la ingesta. No presenta sialorrea ni dificultad respiratoria. Tras descartarse complicaciones en la exploración ORL, se realiza endoscopia digestiva alta objetivándose a 25 cm de arcada dentaria una úlcera fibrinada de 6 mm de extensión longitudinal, que abarca el 50% de la circunferencia y que se repite en un tramo contiguo (**Figura 1**). Resto de esófago, incluida unión gastroesofágica de aspecto endoscópico normal.

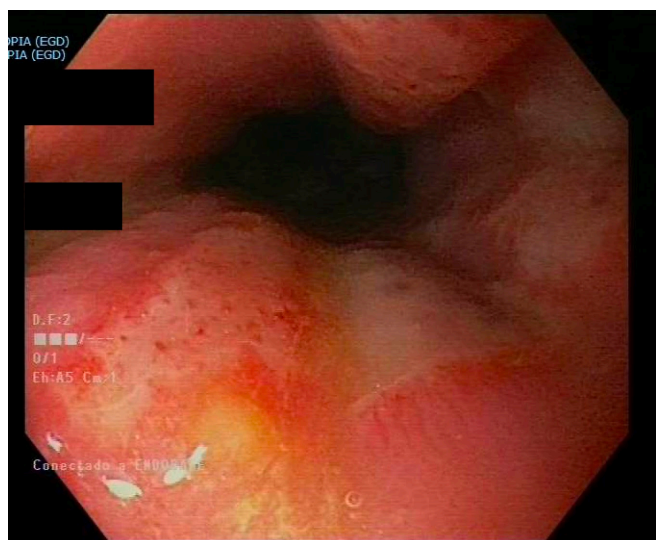


FIGURA 1

Úlcera fibrinada que ocupa aproximadamente el 50% de la circunferencia y se extiende casi un centímetro en sentido longitudinal.

La paciente es diagnosticada de esofagitis medicamentosa por doxicilina y se inicia tratamiento con IBP y sucralfato durante 8 semanas y se remite a la paciente al servicio de Dermatología para valorar cambio de tratamiento. Se valora a las ocho semanas a la paciente la cual se encuentra asintomática y en la gastroscopia de control se objetiva total curación de las lesiones.

Discusión

La esofagitis producida por doxicilina es una complicación bien caracterizada pero su incidencia real está subestimada, puesto que no existe un método diagnóstico no invasivo y la mayoría de los casos son autolimitados. Existen varios factores de riesgo establecidos como son la ingesta con escaso líquido, el decúbito,

los trastornos de la motilidad esofágica y las estenosis anatómicas o patológicas. Las lesiones esofágicas por fármacos pueden aparecer a cualquier edad, pero generalmente son más frecuentes en los ancianos y en el sexo femenino, ya que ambos grupos consumen medicamentos con mayor frecuencia. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con la gastroscopia.

El tratamiento incluye la interrupción de la medicación si es posible, y el uso de fórmulas líquidas si están disponibles. El tratamiento antiácido se utiliza con frecuencia y se recomienda, aunque su eficacia no está claramente establecida. En los casos graves, puede ser necesario la interrupción de la ingesta oral y el tratamiento endoscópico de lesiones subyacentes.

CP-023. ESTUDIO DE AMPULOMAS DURANTE UNA DÉCADA Y PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA EN SU MANEJO

VÍAS PARRADO C, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, BARRANCO CASTRO D, ROMERO CASTRO R, RODRÍGUEZ-TÉLLEZ M, GARRIDO SERRANO A, JIMÉNEZ GARCÍA VA, CUANDO ÁLVAREZ A

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

Introducción

Los ampulomas son tumores con una incidencia $< 1/100.000$ habitantes/año, representando el 0,6-0,8% de los cánceres digestivos. Aunque la sintomatología de estos tumores no siempre es evidente, la ictericia representa el síntoma más frecuente. Desde el punto de vista diagnóstico, la ecoendoscopia constituye la técnica con mayor sensibilidad diagnóstica.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia y prevalencia de ampulomas en nuestra área, conocer el papel de la ecoendoscopia y su manejo diagnóstico-terapéutico.

Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye a pacientes pertenecientes al área sanitaria del Hospital Virgen Macarena con diagnóstico de ampuloma entre noviembre de 2011 y julio de 2021. Se analizan variables demográficas, hallazgos ecoendoscópicos e histológicos, tratamiento y seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de ampuloma con edad media de $68,61 \pm 14$ años, siendo el 57,6% mujeres. Dos pacientes presentaban diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar.

El 57,6% debutó con ictericia. Se realizó ecoendoscopia a 30 pacientes y CPRE a 28 con esfinterotomía en el 64,28% ($n=18$) y colocación de prótesis en el 90% ($n=27$): 25 plásticas y 2 metálicas. Se desestimaron 3 pacientes para estudio por comorbilidades asociadas. El tamaño medio de la lesión por ecoendoscopia fue de $19,52 \pm 9,66$ mm, con invasión intraductal en el 46,7% de los casos.

Edad (N=33)	68,61 ± 14 años	
Sexo (N=33)	Mujer 57,6% (19) Varón 42,4% (14)	
AP de interés (N=14)	Consumo tabaco (11) / alcohol (8) Poliposis adenomatosa familiar (2) Colecistectomía (2) Cáncer (5): hematológico (1), mama (1), próstata (3) Adenomas colónicos resecados (3)	
Indicación ecoendoscopia (N=33)	Dilatación o estenosis vía biliar 15,2% (5) Sospecha ampuloma prueba de imagen 12,1% (4) Ictericia 57,6% (19) Diagnóstico endoscópico 15,2% (5)	
Ecoendoscopia (N=30)	Tamaño medio lesión 70% (21): 19,52±9,66mm	
	Invasión intraductal 46,7% (14)	
CPRE (N=28)	PAAF guiada ecoendoscopia 33,3% (10)	Ausencia células neoplásicas (4) Adenocarcinoma (6)
	Esfinterotomía 64,28% (18)	
	Prótesis 90% (27)	Plástica (25) Metálica (2)
	Cepillado vía biliar 32,15% (9)	Ausencia células neoplásicas (3) Adenocarcinoma (6)
Biopsia endoscópica (N=27)	Adenocarcinoma 33,3% (9) Adenoma DAG 25,92% (7) Adenoma DBG 14,81% (4) Cambios inflamatorios 22,22% (6)	
Tratamiento curativo (N=19)	Duodenopancreatocistectomía cefálica (14)	Adenocarcinoma (14)
	Ampulectomía quirúrgica (1)	Adenoma DAG (1)
	Ampulectomías endoscópicas (4)	Adenoma DAG (3) Adenoma DBG (1)
Seguimiento (N=19)	TC/RMN 73,68% (14) Endoscópico 15,78% (3) Ecoendoscópico 10,54% (2)	
	Recidiva 3 años 31,58% (6)	Cirugía (2) Endoscopia (2) Paliativo (2)

TABLA 1

Resultados. AP: antecedentes personales. CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. PAAF: punción aspiración aguja fina. DAG: displasia alto grado. DBG: displasia bajo grado. TC: tomografía computerizada. RMN resonancia nuclear magnética.

Los resultados de la biopsia endoscópica fueron: adenocarcinoma 33,3% (n=9), adenoma displasia alto grado (DAG) (n=7), adenoma displasia bajo grado (DBG) (n=4) y cambios inflamatorios (n=6). No se realizó biopsia en 3 pacientes, confirmándose el diagnóstico de adenocarcinoma por PAAF (n=2) y cepillado de vía biliar (n=1). Se realizó PAAF en el 33,3% (n=10) con resultado histológico de adenocarcinoma en seis pacientes y ausencia células neoplásicas en cuatro.

Recibieron tratamiento curativo 19 pacientes: 14 duodenopancreatocistectomía cefálica, todos con resultado anatomopatológico (AP) de adenocarcinoma; 1 ampulectomía quirúrgica (AP: adenoma DAG) y 4 ampulectomías endoscópicas (AP: 3 DAG, 1 DBG).

El seguimiento fue por TC/RMN en el 73,68% (n=14), endoscópico en el 15,78% (n=3) y ecoendoscópico en el 10,54% (n=2). La tasa de recidiva a 3 años fue del 31,58% (n=6) decidiéndose tratamiento quirúrgico (n=2), endoscópico (n=2) y paliativo (n=2).

Conclusiones

Los ampulomas presentan una baja incidencia lo que justifica el

reducido tamaño muestral. La ecoendoscopia permitió determinar la invasión intraductal en casi la mitad de los pacientes modificando la actitud terapéutica y en algunos casos la ecoendoscopia+PAAF confirmó el diagnóstico.

CP-024. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO PARAESOFÁGICO TRAS CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

TORO ORTIZ JP¹, FERNÁNDEZ GARCÍA F¹, RODRIGUEZ PASTOR E², MARTÍN IBÁÑEZ JJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ²SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

La presencia de cuerpos extraños esofágicos constituye una emergencia digestiva frecuente, precisando normalmente la realización de una endoscopia digestiva alta flexible (EDA) urgente. En la mayoría de las situaciones, ésta es producida por la ingesta de elementos orgánicos o inorgánicos y, rara vez, se debe a una complicación postquirúrgica. A continuación se describe un caso clínico de un cuerpo extraño esofágico y paraesofágico, tras la realización de una intervención quirúrgica cervical.

Caso clínico

Varón de 57 con antecedente de laringectomía total y radioterapia adyuvante por carcinoma escamocelular de laringe al que se interviene para colocación de prótesis fonatoria mediante punción traqueoesofágica. Al introducir un catéter-guía por el trócar de punción traqueoesofágica, se forma bucle de éste a nivel estomal,



FIGURA 1

Cuerpo extraño: cateter-guía. Extremo proximal paraesofágico (flecha).



FIGURA 2

Cuerpo extraño: catéter-guía. Extremo distal en luz esofágica (flecha).

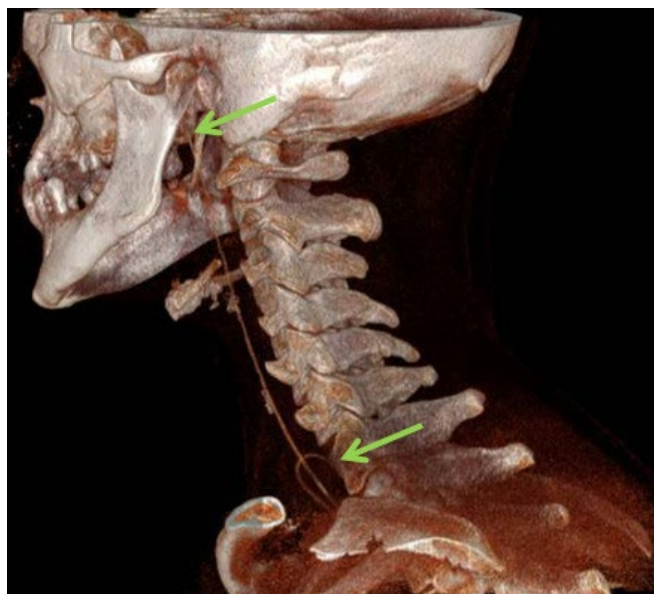


FIGURA 3

Cuerpo extraño: catéter-guía. Reconstrucción 3D del TC.

quedando parte en el esófago, produciendo el extremo una disección de los planos profundos del cuello y ascendiendo hasta el espacio masticador izquierdo (Figuras 1, 2, 3 y 8 izquierda). Se produce la rotura del catéter-guía al intentar traccionar de éste desde el trócar, quedando atrapado. Se realiza EDA urgente con endoscopio pediátrico capturándose con pinza endoscópica en la luz esofágica el extremo distal del catéter, traccionando de éste y extrayendo, bajo control endoscópico, el extremo alojado en el espacio virtual (Figuras 4, 5, 6 y 7). Ingresa para vigilancia, se realiza TC cervical a las 72 horas y es dado de alta sin complicaciones (Figura 8).

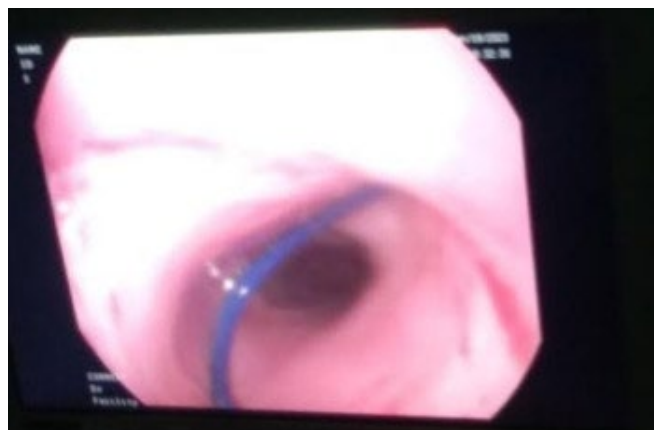


FIGURA 4

Visión endoscópica del extremo bucleado en luz esofágica.



FIGURA 5

Extracción endoscópica del cuerpo extraño con pinza.

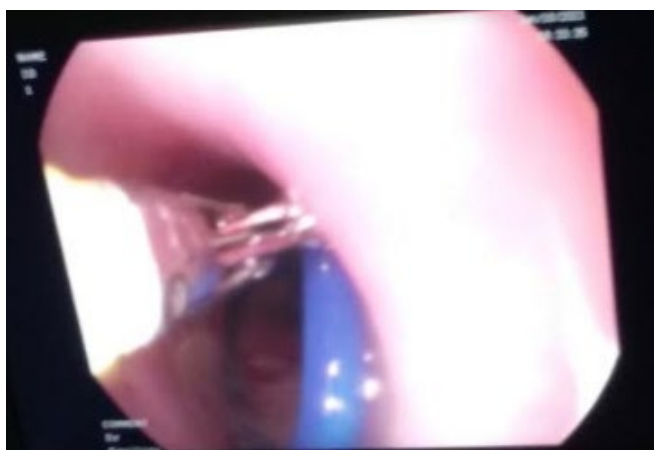


FIGURA 6

Extracción endoscópica del cuerpo extraño con pinza.



FIGURA 7

Cuerpo extraño (catéter-guía) de 15 cm extraído.

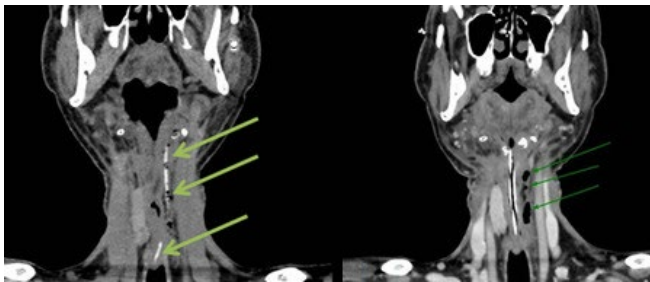


FIGURA 8

Comparación mediante TC pre-(izquierda) y post-(derecha) extracción endoscópica.

Discusión

Una de las opciones de rehabilitación vocal en pacientes laringectomizados es la colocación de una prótesis fonatoria, pudiendo realizarse durante la laringectomía o en un segundo tiempo. Esta se lleva a cabo por los Cirujanos Otorrinolaringólogos de dos posibles maneras: bajo anestesia general con esofagoscopia rígida (no viable en nuestro caso por estenosis esofágica superior) o con anestesia local, introduciendo una guía con un trócar para extracción de ésta por vía oral; siendo éste el origen de la complicación en nuestro caso. Las complicaciones aumentan si se realiza en un segundo tiempo y tras radioterapia. La mayoría son postoperatorias, siendo las más frecuentes la fuga salival (50%) y el ensanchamiento de la punción traqueoesofágica (47.3%). Las complicaciones intraprocedimiento son muy escasas (2-5%) siendo la más frecuentemente descrita el sangrado leve. Al no estar descrita la complicación acontecida en nuestro caso clínico ni el posible manejo, se decidió realizar como primer paso la EDA urgente diagnóstica para valorar la posible extracción, frente a otras alternativas potencialmente más iatrogénicas.

CP-025. FORMA INFRECIENTE DE LINFOMA PRIMARIO GASTROINTESTINAL: LINFOMA FOLICULAR DE TIPO DUODENAL.

RICO CANO A, MORCILLO JIMÉNEZ E, GARCÍA SÁNCHEZ AB

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

Introducción

El linfoma folicular de tipo duodenal (LF-D) es una variante extremadamente infrecuente y nueva, descrita por primera vez en la actualización de la OMS de 2016, representando menos del 4% de los casos primarios de linfoma no Hodgkin del tracto gastrointestinal.

Caso clínico

Varón de 39 años, sin antecedentes de interés, en estudio por dispepsia se solicita gastroscopia con hallazgos en segunda porción duodenal de numerosos micropólipos de color blanquecino y se progresa observándose micropólipos similares en cuarta porción duodenal (Figuras 1-3), que se biopsian. El estudio anatomopatológico informa de presencia de nódulos linfoides de la mucosa compatibles con linfoma folicular grado 1-2, con inmunotinción positiva para CD 20, CD 79, Bcl-2, Bcl-6, CD 10. Dado estos hallazgos se solicita TAC de cuello-tórax-abdomen y PET-TAC.



FIGURA 1

Imagen endoscópica con micropólipos de color blanquecino.

En el TAC se informa de adenopatías no patológicas a nivel del cuello y tórax, y abdomen con adenopatías mesentéricas de hasta 18x30 mm, de carácter inespecífico en el PET-TAC, sin otros hallazgos. Con el diagnóstico de LNH Folicular duodenal estadio localizado (II-A) se deriva a Hematología iniciando tratamiento con Rituximab iv 4 semanas, realizándose gastroscopia al finalizar tratamiento con desaparición de las lesiones de segunda porción duodenal y estabilidad de las de cuarta porción. Tras estos resultados se decide observación con controles endoscópicos.



FIGURA 2

Imagen endoscópica con micropólipos de color blanquecino.



FIGURA 3

Imagen endoscópica con micropólipos de color blanquecino.

Discusión

La presentación clínica más frecuente del LF-D es asintomática (43%), aunque puede manifestarse con dolor abdominal, náuseas/vómitos e incluso hemorragia digestiva.

Se diagnostica generalmente en estadio temprano, a diferencia de los linfomas foliculares nodales, y se caracteriza por ser localizado, sin compromiso nodal, con inmunofenotipo similar al del linfoma folicular nodal, expresando positividad de CD20, CD79a, CD10, BCL-6, BCL-2 y BACH2. La localización más frecuente es la segunda porción duodenal, aunque puede presentarse en cualquier parte del duodeno, y no es inusual la enfermedad multifocal, comprometiendo principalmente al yeyuno. En la endoscopia se observan como lesiones polipoideas blancas, solitarias o múltiples,

entre 1-5 mm, y de forma rara, pueden presentarse como úlceras que estenosan la luz. El estudio de extensión debe incluir estudio endoscópico, un TAC tórax-abdomen y/o PET.

No existe un consenso sobre el manejo de esta del LF-D, dado su infrecuente diagnóstico existiendo pocos casos descritos en la literatura. En la mayoría de los pacientes se opta por seguimiento, pero en caso de presentar síntomas o progresión de la enfermedad debe iniciarse tratamiento usándose rituximab monoterapia y/o rituximab asociado a radioterapia, con buenos resultados.

CP-026. GASTROENTEROANASTOMOSIS POR ECOENDOSCOPIA. PRIMER CASO EN LA PROVINCIA DE SEVILLA.

RINCÓN GATICA A, GARCÍA FERNANDEZ FJ, BOZADA GARCÍA JM

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La gastroenterostomosis por ecoendoscopia (GE-USE) se ha convertido en un procedimiento alternativo a la cirugía en el tratamiento de la obstrucción al tracto de salida gastroduodenal (OGD), principalmente en pacientes que no son candidatos a cirugía o a la colocación endoscópica de una prótesis duodenal.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 53 años con diagnóstico de adenocarcinoma de cabeza de páncreas estadio IV. con intolerancia a la vía oral secundaria a estenosis duodenal por infiltración tumoral. Se le realizó una gastroyeyunostomía guía por ecoendoscopia parte de su tratamiento paliativo.

24 horas antes del procedimiento se coloca sonda nasogástrica para aspirar el contenido. Se identificó el sitio de estenosis y posteriormente con un catéter de CPRE recto se introduce una guía hidrofílica 0.035" sobrepasando la estenosis hasta la región distal al ángulo de Treiz. Se retira el catéter introductor y el gastroscopio

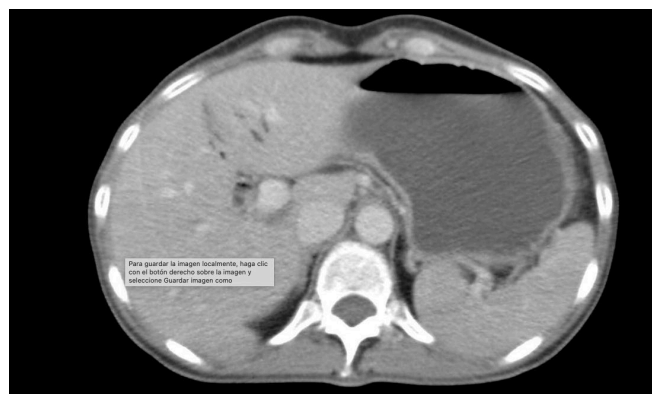


FIGURA 1

TC estómago retención.



FIGURA 2
Estenosis.

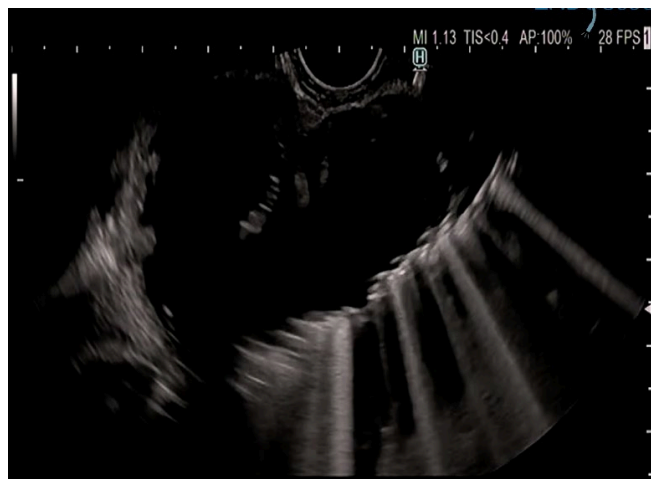


FIGURA 5
Asa yeyunal distendida.



FIGURA 3
Hilo guía Treiz.

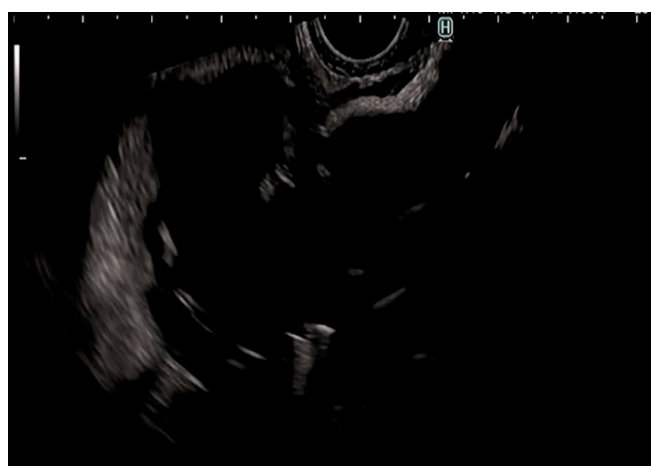


FIGURA 6
Hot Axios.

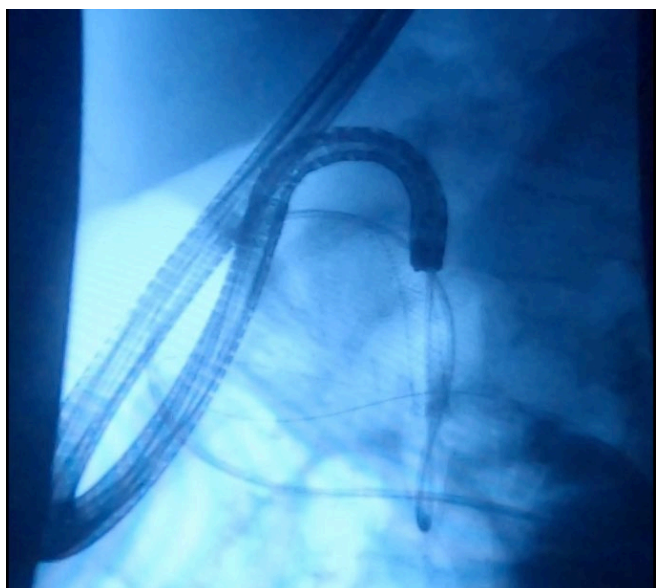


FIGURA 4
Nasobiliar.

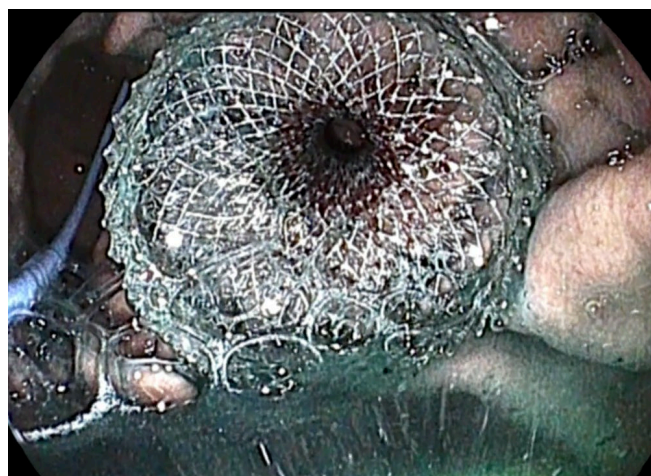


FIGURA 7
Protesis azul de metileno.



FIGURA 8
TC control.

dejando la guía. A través de esta, se introdujo una sonda de drenaje nasobiliar 7 Fr con punta tipo “pig-tail” para instilar aproximadamente 600cc de suero salino fisiológico a 37 grados centígrados con azul de metileno. Se introduce ecoendoscopia sectorial terapéutico identificando el asa yeyunal distendida. Se realizó la gastroyeyunostomía con la prótesis de aposición luminal con electrocauterio (Hot AXIOS Boston Scientific) de 20×10mm, mediante punción directa (sin guía) y con diatermia (High cut 170W). Se corroboró la salida de azul de metileno por visión endoscópica y finalmente por fluoroscopia.

A las 12 horas post-procedimiento se inició dieta líquida con adecuada tolerancia. La paciente fue dada de alta al tercer día post-intervención con dieta blanda.

Discusión

Actualmente, la principal indicación para la GE-USE es la OGD por obstrucción de la región antro-pilórica, así como de la primera, segunda y tercera porción del duodeno. Las contraindicaciones son: obstrucción en el cuerpo gástrico, obstrucción de la primera porción del yeyuno o cuarta porción del duodeno si el yeyuno proximal no puede ser alcanzado, ascitis de gran volumen e incluso várices perigástricas que no permitan una ventana adecuada.

Este es el primer caso de GE-USE reportado en la provincia de Sevilla, consideramos que es un procedimiento que con la experiencia acumulada en el drenaje de colecciones pancreática, con un protocolo sistematizado y los materiales adecuados, puede llevarse a cabo con altas tasas de éxito y con pocos efectos adversos.

CP-027. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A LESIÓN DE DIEULAFOY RESUELTA MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE COILS POR ECOENDOSCOPIA

BARRANCO CASTRO D, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, JIMÉNEZ GARCÍA VA, APARCERO LÓPEZ R, ROMERO CASTRO R

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

Introducción

La lesión de Dieulafoy (LD) es una malformación vascular congénita responsable del 1-2% de las hemorragias gastrointestinales. Se debe al sangrado de una arteriola submucosa anormalmente dilatada sin erosión ni ulceración primaria del epitelio suprayacente.

Caso clínico

Caso 1: Varón de 68 años anticoagulado por fibrilación auricular que ingresa por quinto episodio de hemorragia digestiva alta (HDA). En la gastroscopia se objetiva sangrado babeante a nivel de cara posterior de segunda porción duodenal, sugestivo de LD, que se trata con adrenalina y colocación de 2 hemoclips. Dada la recurrencia del cuadro se realiza ecoendoscopia, identificándose arteria aberrante de 5mm de calibre con ramificaciones penetrantes en pared duodenal (Figura 1). Se implantan 4 coils (3 de 10mm de calibre y 20cm de longitud y uno de 6mm) y se inyectan 3cc de cianocrilato (Figuras 2 y 3). Cuatro días después, el paciente reingresa por dolor abdominal y fiebre, con hallazgos radiológicos de absceso y perforación duodenal, evolucionando favorablemente con manejo conservador. Hasta la fecha (4 meses tras implantación de coils), el paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios de sangrado.

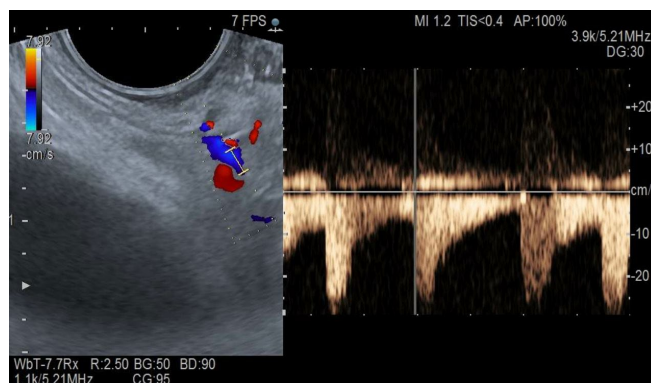


FIGURA 1

Ecografía doppler a nivel de segunda porción duodenal, mostrando una onda de pulso arterial correspondiente a arteria aberrante.

Caso 2: Varón de 75 años con flutter auricular anticoagulado ingresado por HDA con repercusión analítica. La gastroscopia evidencia una lesión vascular con sangrado activo babeante localizada en curvatura mayor gástrica, que es tratada con adrenalina y hemoclips. A los 6 días el paciente presenta recidiva



FIGURA 2

Imagen endoscópica de segunda porción duodenal. Implantación de coil tras localización de arteria.

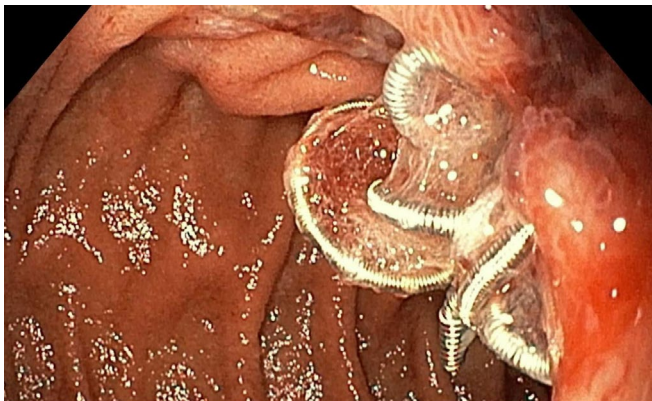


FIGURA 3

Coils implantados con extremo distal aflorando a luz de segunda porción duodenal.

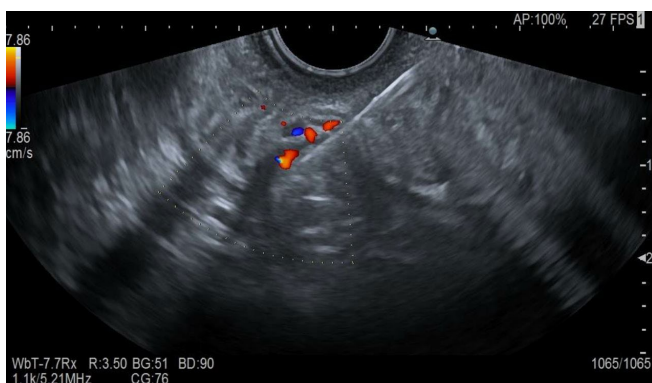


FIGURA 4

Imagen ecográfica de liberación de coil con aguja de 19G sobre arteria aberrante a nivel de curvatura mayor de cuerpo gástrico, localizada mediante doppler.

hemorrágica, por lo que se decide valorar abordaje mediante ecoendoscopia. El estudio ecoendoscópico evidencia una arteria ramificada de 6mm de calibre que perfora la pared gástrica,

decidiéndose tratamiento mediante la implantación de un coil de 10mm de calibre y 14cm de longitud (Figuras 4 y 5). En los 4 meses

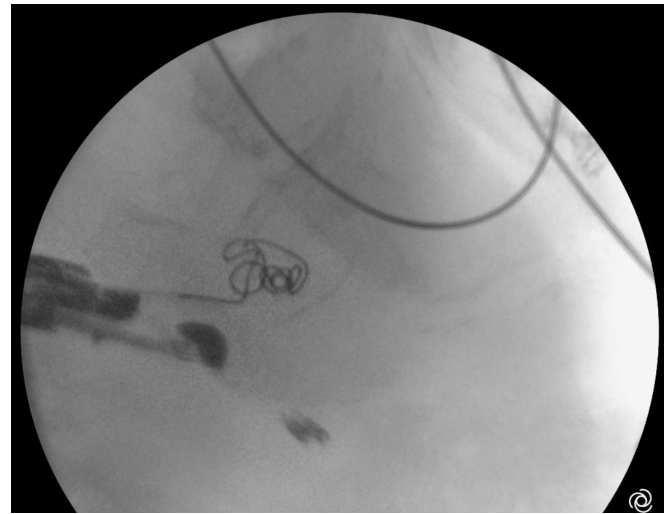


FIGURA 5

Imagen fluoroscópica tras liberación de coil en curvatura mayor gástrica.

posteriores al tratamiento con coils no se han registrado nuevos eventos hemorrágicos.

Discusión

El tratamiento de elección en la LD es la terapia endoscópica combinada, con un riesgo de recurrencia del 9-40%, siendo la cirugía la solución definitiva.

La implantación de coils mediante ecoendoscopia ofrece buenos resultados, logrando la obliteración del vaso aberrante y evitando la cirugía en pacientes pluripatológicos.

CP-028. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A SANGRADO EN DIVERTÍCULO DUODENAL

BRACHO GONZÁLEZ M, MORALES BERMÚDEZ AI, GÓMEZ RODRÍGUEZ P, BRAVO ARANDA AM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Los divertículos son saculaciones de mucosa y submucosa que se hernian a través de un defecto muscular del tubo digestivo. Tras el colon, el duodeno representa la segunda localización más frecuente de desarrollo diverticular en el tracto gastrointestinal. Los divertículos duodenales suelen ser adquiridos y extraluminales y su incidencia aumenta con la edad. La mayoría son asintomáticos. Su diagnóstico suele ser incidental por endoscopia digestiva alta (EDA), tránsito gastrointestinal con bario o tomografía computarizada.

Caso clínico

Varón de 85 años, antecedente personal de coleditiasis y artrosis de rodillas. Acude a urgencias por presentar dos deposiciones abundantes de características melénicas, la segunda acompañada de cuadro presincope. Refiere consumo habitual de naproxeno el último mes como tratamiento analgésico para su enfermedad osteoarticular de rodillas.

A su llegada a urgencias, tendencia a la hipotensión y la taquicardia (TA 90/70 mmHg, FC 95 lpm). A la exploración, se objetivan deposiciones melénicas con fondo rojo en el tacto rectal. Analíticamente, hemoglobina de 9.5 g/dL, previa dos semanas antes de 15.6 g/dL.

Se realiza EDA urgente sin visualizar restos hemáticos en esófago, cámara gástrica ni bulbo duodenal. A nivel postpapilar, se evidencia bilis mezclada con restos de hemo. Progresando unos 5-10 cm con endoscopio, se observa un divertículo duodenal con coágulo en su interior, que se retira con lavados, visualizando un vaso visible sin sangrado activo en el fondo del divertículo. Se posicionan dos hemoclips atrapando el vaso (**Figuras 1-3**).

Evolución favorable posterior, sin nuevas exteriorizaciones de sangrado y con hemoglobina en progresivo ascenso.

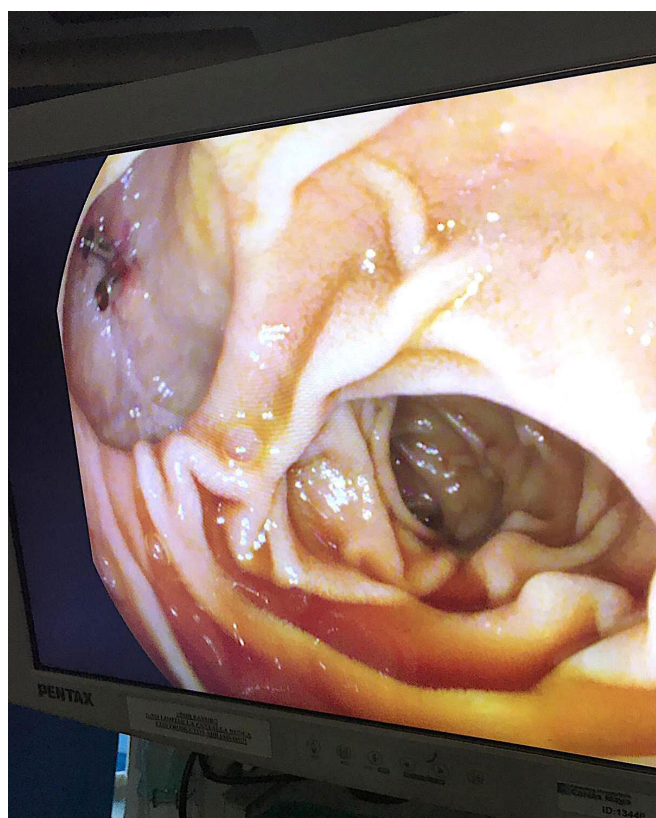


FIGURA 1

Luz duodenal con bilis mezclada con restos hemáticos y gran orificio diverticular.

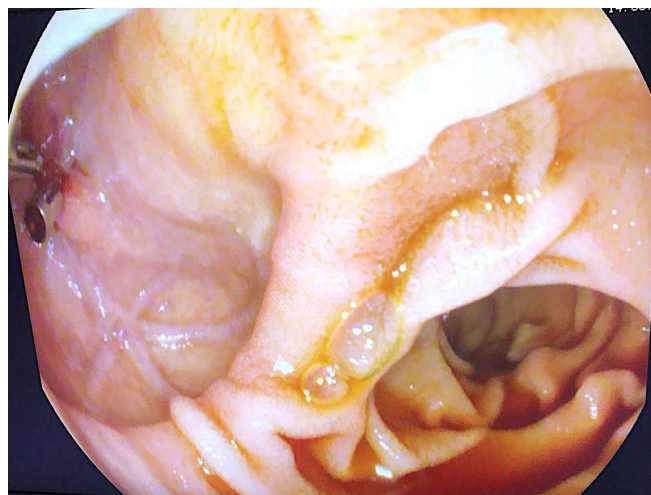


FIGURA 2

Divertículo duodenal en el que se visualizan dos hemoclips sobre vaso visible.

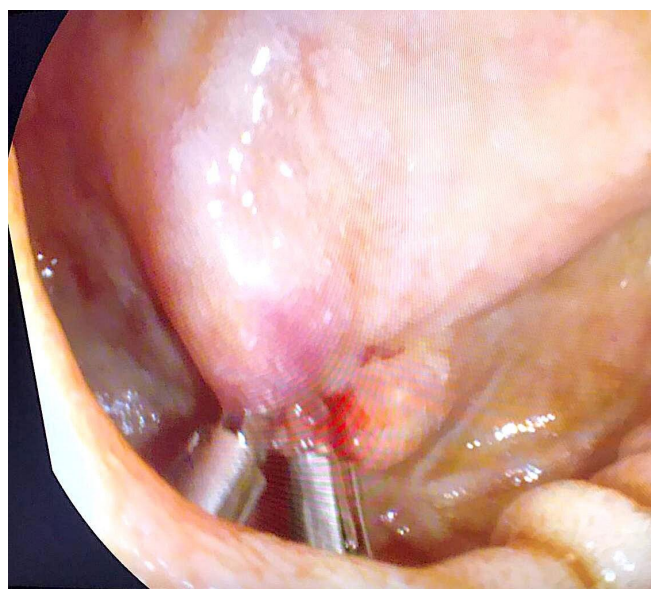


FIGURA 3

Hemostasia con posicionamiento de dos hemoclips atrapando vaso visible en interior de divertículo duodenal.

Discusión

La enfermedad diverticular duodenal suele cursar sin síntomas en más del 90% de los casos. Sin embargo, sus complicaciones pueden suponer una morbimortalidad significativa, como es el caso de la hemorragia digestiva alta (HDA) por sangrado de divertículo duodenal, como sucedió en nuestro paciente.

Recalcar la importancia de la EDA urgente completa en el diagnóstico de la HDA y en la búsqueda activa y tratamiento de potenciales causas de sangrado, como el divertículo duodenal, que supone una causa infrecuente de sangrado digestivo alto.

CP-029. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES GÁSTRICAS: TRATAMIENTO COMBINADO CON INYECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CIANOACRILATO Y TIPS.

RODRÍGUEZ TIRADO MI¹, TEJERO JURADO R¹, SANTOS LUCIO A¹, EL FALLLOUS EL MRAGHID M¹, GONZÁLEZ GALILEA A¹, SERRANO RUIZ FJ¹, GARCÍA JURADO PB², JURADO GARCÍA J¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²UGC RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

La hemorragia digestiva por varices gástricas (VG) es una situación poco frecuente pero, con respecto a las varices esofágicas (VE), asociada a un mayor riesgo de fracaso de tratamiento y mortalidad.

Caso clínico

Varón de 29 años, esplenectomizado y con antecedentes de hipertensión portal (HTP) prehepática en el contexto de un síndrome de Felty. Acude a Urgencias por hematemesis e inestabilidad hemodinámica. Tras reposición de volemia e inicio de tratamiento vasopresor se realiza esofagogastroduodenoscopia objetivándose varices esofagogástricas grandes tipo 1 (VEG1) con signos predictivos de sangrado y sangrado en "jet" en vertiente subcardial (**Figura 1**). Se decide llevar a cabo inyección endoscópica de cianocrilato (IEC) consiguiendo la hemostasis (**Figura 2**). Como prevención de resangrado se plantea implantar una derivación percutánea portosistémica intrahepática (DPPI) logrando un descenso del gradiente de presión portal hasta los 9 mmHg (previo de 20 mmHg) (**Figuras 3 y 4**). En controles ambulatorios se demuestra la disminución del tamaño de las VEG y la permeabilidad de la DPPI.

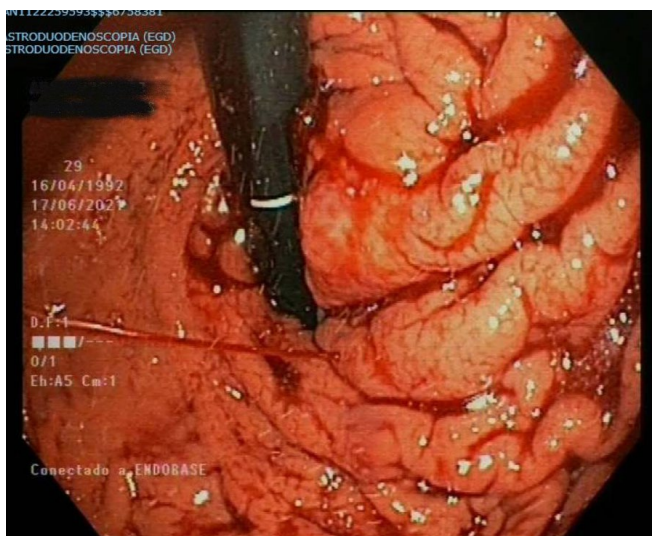


FIGURA 1

Sangrado en "jet" de variz esofagogástrica (VEG1). En retrovisión, se aprecia prolongación de varices esofágicas a nivel subcardial.

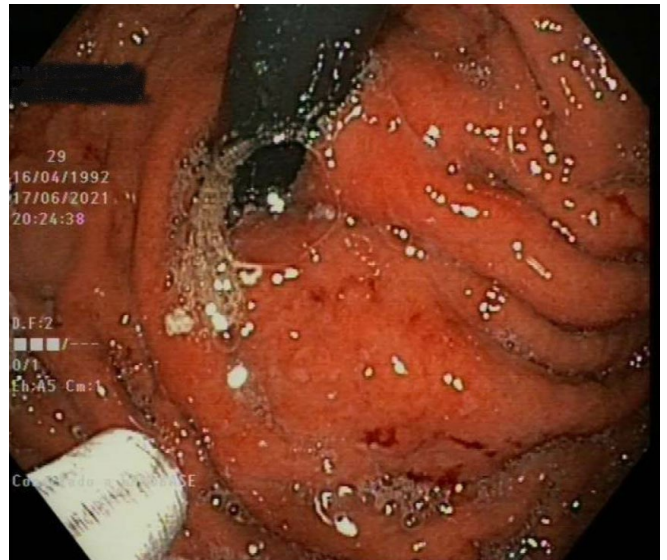


FIGURA 2

Se identifica tetón de fibrina sobre una de las varices subcardiales. Adyacente a ella, se identifica un área prominente que impresiona de varicosa sin estigmas de reciente sangrado. Dado el gran tamaño de ambas formaciones varicosas, no son susceptibles de ligadura con bandas, por lo que se decide.



FIGURA 3

Portografía indirecta mediante angiografía en AMS, objetivando permeable la división posterior de la porta derecha, así como relleno de varices gástricas y esofágicas.

Discusión

La prevalencia estimada de VG en pacientes con HTP oscila entre el 17%-25%. Aunque la incidencia es menor y la tasa de hemorragia inferior con respecto a las VE, el episodio agudo de sangrado se



FIGURA 4

TIPS. Se cateteriza la vena porta en su rama derecha, colocando a continuación en el shunt stent Viatorr (Gore) de 8x80 mm, que se remodela con balón de 8 mm. En el control venográfico se objetiva shunt permeable y de buen calibre, con persistencia de opacificación de las varices.

asocia con una mayor mortalidad. Esto ocurre indistintamente en pacientes con HTP cirrótica como en no cirrótica.

De acuerdo a su ubicación en estómago se clasifican como varices esofagogástricas (VEG) o varices gástricas aisladas (VGA). Las VEG se dividen en tipo 1 (VEG1) cuando son una prolongación de las VE por curvatura menor (representan el 75% de las VG) y tipo 2 (VEG2) cuando alcanzan fundus.

Los algoritmos terapéuticos sobre tratamiento de HDA por VG son complejos y requieren de un abordaje multidisciplinar. Si bien la profilaxis primaria se lleva a cabo con fármacos beta-bloqueantes, el tratamiento del episodio agudo o de la prevención de la recidiva hemorrágica no está tan bien establecido.

El abordaje de la hemorragia por VG se inicia con la estabilización hemodinámica y el tratamiento farmacológico y se sigue de terapia endoscópica mediante inyección de adhesivos tisulares, como el cianocrilato (IEC) o la ligadura con bandas elásticas. (LBE). En manos expertas, la IEC controla la hemorragia en el 90% de los casos pero asumiendo riesgo de complicaciones como el tromboembolismo y ulceraciones mucosas. En situaciones de hemorragia masiva o fallo del tratamiento endoscópico la DPPI sería el tratamiento de elección. También debería considerarse como terapia de prevención secundaria en pacientes con alto riesgo de resangrado.

CP-030. HEMORRAGIA DIGESTIVA: UNA CAUSA DE IMPACTACIÓN ESOFÁGICA A TENER EN CUENTA.

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

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

Introducción

Si bien la causa más frecuente de obstrucción esofágica aguda es la impactación de un bolo alimenticio, hay otras etiologías que no debemos olvidar, como la ingestión de cuerpos extraños, neoplasias o esofagitis agudas. Sin embargo, hay una causa aún menos frecuente que deberíamos tener en cuenta como la que se describe a continuación.

Caso clínico

Paciente de 83 años con neoplasia en tercio distal esofágico y adenopatías locorregionales sin metástasis a distancia. Ya ingresado en una ocasión por hemorragia digestiva derivada de la lesión neoplásica, que ocupaba más del 50% de la circunferencia esofágica. Desestimado para tratamiento quirúrgico y quimioterápico por su edad y comorbilidades. Dada la estenosis parcial del tumor se decide implante de endoprótesis paliativa, que finalmente se desestima por presentar buena permeabilidad al paso del endoscopio.

Cinco días después de esta endoscopia acude a urgencias por cuadro de náuseas y regurgitación no ácida de alimentos, teñidos de restos de sangre y coágulos. Asocia sialorrea e intolerancia total a sólidos y líquidos, que no ceden tras administración de diazepam y glucagón iv. Pese a la emisión de sangre el paciente no presenta anemia ni inestabilidad hemodinámica.

Finalmente se opta por realización de EDA, objetivándose a 25 cm un coágulo de gran tamaño que impide visualizar esófago distal (Figura 1) y que finalmente se extrae en varios fragmentos con asa. Una vez extraído, se observa la neoformación ya conocida (Figura 2), ulcerada, pero sin signos de sangrado activo, pudiendo sobrepasarse sin dificultad hasta cámara gástrica. Tras la desimpactación por extracción del coágulo la clínica remite completamente, quedando el paciente asintomático y con buena tolerancia oral.

Discusión

Si bien este paciente ya contaba con una estenosis parcial del esófago, una complicación no esperada hasta el momento era que el propio sangrado tumoral pudiera causar una estenosis completa de la luz. Ésta debe ser una causa a tener en cuenta, especialmente en pacientes con estenosis previamente conocidas y con especial riesgo de hemorragia local, como es el caso de una neoplasia esofágica.

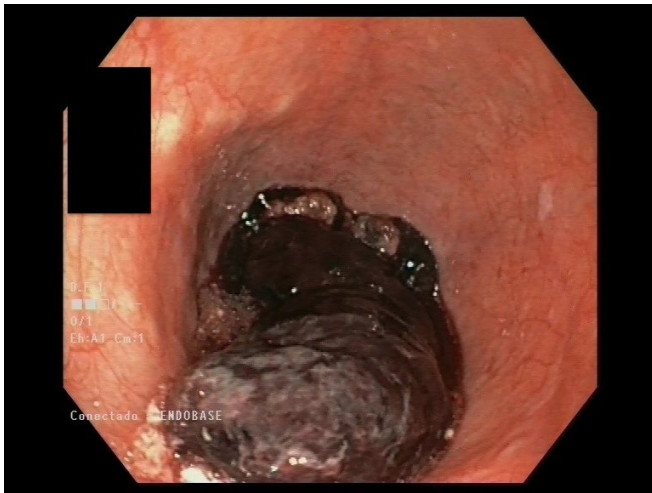


FIGURA 1

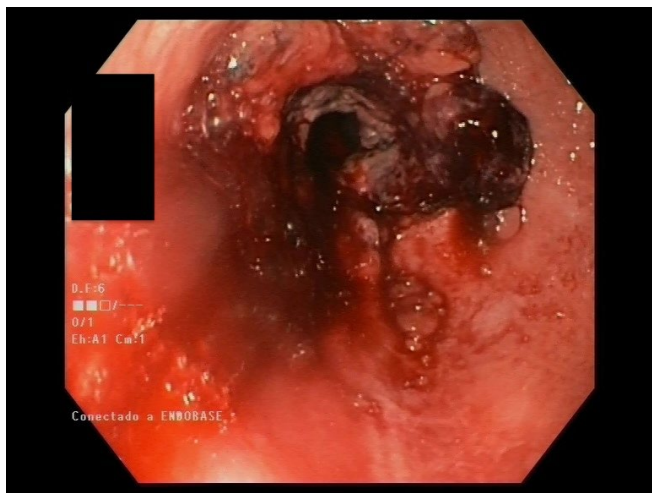


FIGURA 2

CP-031. INGESTA VOLUNTARIA Y REITERADA DE HASTA 303 CUERPOS EXTRAÑOS LESIVOS POR UN ÚNICO PACIENTE

MORENO LORO A, RUZ ZAFRA P, CABANILLAS CASAFRANCA M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La ingesta de cuerpos extraños supone la segunda causa de endoscopia urgente en España. En la población adulta es más frecuente en pacientes psiquiátricos, con discapacidad intelectual, alcohólicos, ancianos y presos. El 10-20% requiere de manejo endoscópico, que deberá hacerse de forma inmediata (primeras 6 horas) en caso de alto riesgo de perforación, la complicación más grave.

Caso clínico

Paciente mujer de 20 años, prematura, hipoxia crónica intrauterina, sospecha de síndrome alcohólico fetal. Actualmente en seguimiento por Psiquiatría por trastorno límite de la personalidad con ideas paranoides y múltiples intentos autolesivos en forma de incisiones superficiales en miembros y muy frecuente ingesta de múltiples objetos. Desde 01/2019 hasta 10/2021, ha realizado la ingesta de 303 cuerpos extraños potencialmente lesivos, bien por su tamaño o por tener bordes afilados o puntiagudos, destacando la ingesta de piedras y botones magnéticos de las contenciones psiquiátricas con frecuente impactación en hipofaringe y esófago, así como tornillos de gran longitud (en uno de los episodios ingirió 51 tornillos). Esto ha conllevado la realización de 165 radiografías y 8 tomografías computarizadas, 61 endoscopias digestivas altas urgentes y 1 colonoscopia urgente. En la mayoría de los casos se consiguió la extracción endoscópica con frecuente necesidad de intubación orotraqueal y largo tiempo de procedimiento (hasta 3 horas y 25 minutos). En alguna ocasión la extracción requirió del laringoscopio rígido o se optó por el control de la progresión por considerar la extracción de mayor riesgo. Durante este tiempo no se han producido complicaciones agudas, destacando anemia ferropénica crónica con valores de hemoglobina de hasta 6 g/dL por las múltiples lesiones mucosas causadas por el decúbito de los cuerpos extraños o la terapéutica endoscópica. Esta situación ha conllevado la necesidad de realizar un protocolo hospitalario exclusivo para la atención de esta paciente.

Discusión

La ingesta de cuerpos extraños, sobre todo de aquellos con potencial lesivo, es más frecuente entre los pacientes psiquiátricos, lo que



FIGURA 1

Piedra impactada en hipofaringe-esófago proximal.



FIGURA 2
51 tornillos en cámara gástrica.

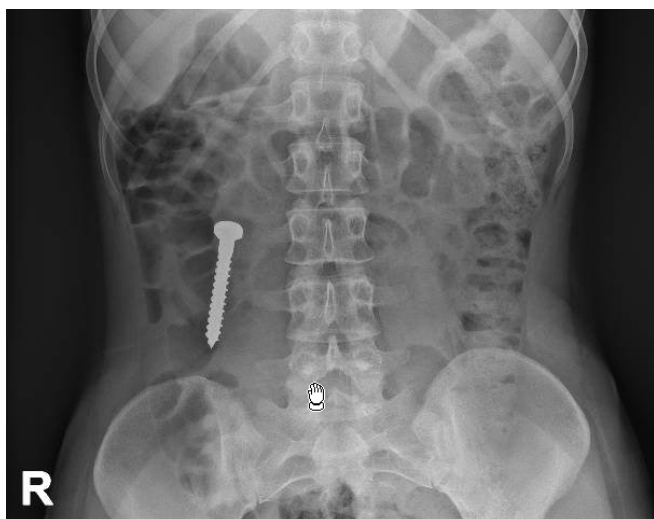


FIGURA 3
Tornillo retenido en colon ascendente.

conlleva que en estos pacientes esté indicada frecuentemente la extracción endoscópica inmediata. El caso presentado expone como una única paciente, con una conducta reiterada y no controlada, supone una gran carga de trabajo urgente con implicación para múltiples profesionales y necesidad de numerosos recursos durante la jornada de guardia. Así mismo evidencia la incapacidad actual del sistema para ofrecer un medio adecuado donde realizar el manejo a largo plazo de estos pacientes, el cual no puede ser asumido por sus familias, unidades de agudos ni centros de día.



FIGURA 4
Muestra del tipo de tornillo ingerido habitual por la paciente.

CP-032. ISQUEMIA GÁSTRICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.

FERNÁNDEZ CORNAX A¹, MARTÍNEZ BURGOS M², GÓMEZ RODRÍGUEZ P¹, ANGULO MCGRATH I¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La isquemia gástrica es una entidad infrecuente con una alta tasa de mortalidad asociada. Sus síntomas son muy inespecíficos, pudiendo asociar diarrea, hemorragia digestiva o dolor abdominal agudo o crónico reagudizado. Podemos encontrar datos indirectos sugestivos en TC como la aparición de gas a nivel portal, siendo necesaria la endoscopia en el diagnóstico de certeza (signos de isquemia y necrosis gástrica).

Caso clínico

Varón de 78 años, antecedentes de FA anticoagulada mediante Edoxabán, cardiopatía isquémica e isquemia cerebrovascular. Acude a Urgencias por deterioro del estado general, dolor lumbar, recorte de diuresis, diarrea y vómitos en los últimos días. Refiere ingesta de AINES recientemente.

El paciente presenta un abdomen distendido y doloroso, con defensa generalizada. Analíticamente destaca Hb de 11.2, leucocitosis y elevación de PCR, así como deterioro franco de la función renal no presente previamente (Cr. 7.35, previa normal). Durante su estancia en Observación, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica

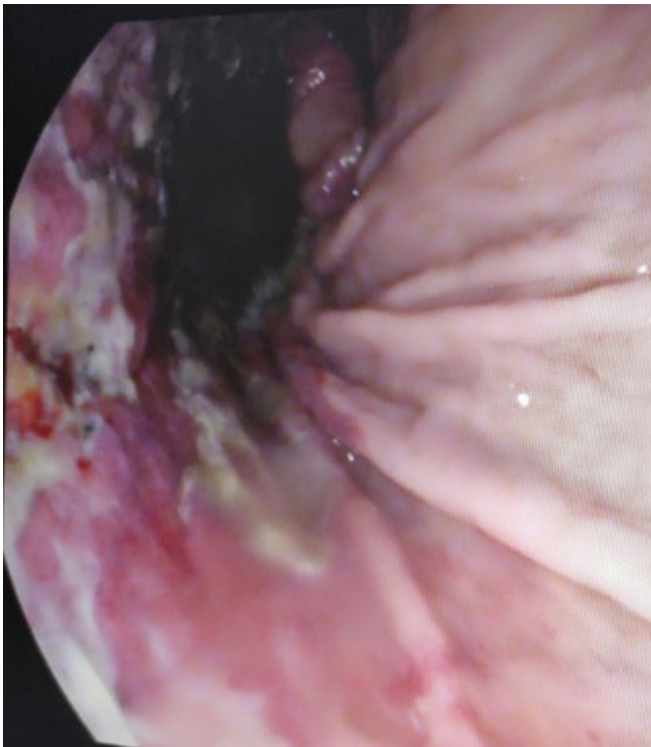


FIGURA 1

Imagen endoscópica en la cual se aprecia alteración de la mucosa con características isquémicas, bien delimitada, de aspecto geográfico, que afecta a cuerpo superior y fundus, con presencia de áreas parcheadas necróticas en su interior.

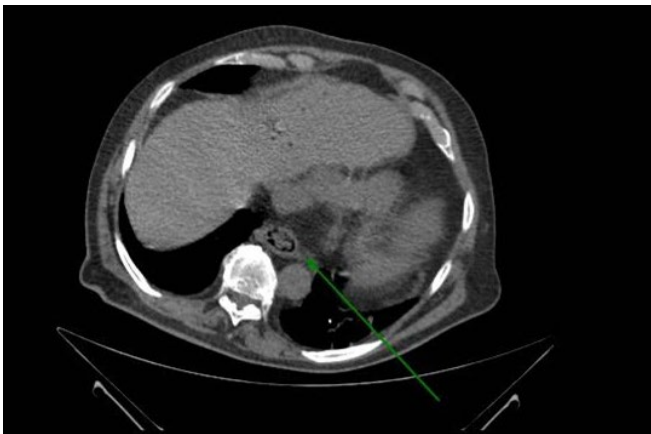


FIGURA 2

TC abdominal sin contraste: Se aprecia estómago distendido, así como imagen sugestiva de neumatosis esofágica.

y vómitos oscuros, así como Hb de 7,9. Tras la colocación de sonda nasogástrica se obtiene débito de color oscuro con fondo en posos de café.

En las siguientes horas presenta deposiciones melénicas y deterioro neurológico, realizándose EDA urgente donde se visualizan a nivel esofágico úlceras longitudinales y áreas de esfacelos compatibles con esofagitis grado D. A nivel gástrico, alteración de la mucosa con características isquémicas, bien delimitada, de aspecto



FIGURA 3

TC abdominal sin contraste, se indica la zona en la que se visualiza neumatosis portal.

geográfico, que afecta a cuerpo superior y fundus, con presencia de áreas parcheadas necróticas en su interior, resto de tramos sin alteraciones.

Se realiza TC abdominal sin contraste, apreciándose estómago distendido, neumatosis esofágica, y portal, así como ateromatosis severa en aorta y ramas principales, sin visualizar signos de obstrucción evidente.

Al no detectarse lesiones subsidiarias de tratamiento endoscópico, se decidió manejo con fluidoterapia intensiva, con mejoría progresiva de la función renal y cese en la exteriorización del sangrado. El paciente fue dado de alta con buen estado general, rechazando estudios endoscópicos posteriores.

Discusión

La isquemia gástrica es una entidad infrecuente, probablemente debido a la gran cantidad de colaterales que comporta la circulación arterial de este órgano, sin embargo, su aparición en la literatura se ha incrementado en los últimos años. La principal etiología descrita es ateroembólica, por lo que debemos tener especial sospecha en pacientes de edad avanzada y patología vascular previa, como es el caso de nuestro paciente.

CP-033. LEIOMIOSARCOMA DE VENA ACIGOS. DIAGNÓSTICO POR ECOENDOSCOPIA Y LA IMPORTANCIA DE LAS AGUJAS DE PUNCIÓN HISTOLÓGICAS.

RINCÓN GATICA A¹, GARCÍA FERNÁNDEZ FJ¹, MARCILLA PLAZA D²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Los leiomiomas vasculares se presentan en aproximadamente el 2% de todos los leiomiomas. El tumor surge como una proliferación del músculo liso dentro de la íntima media. Se ha descrito que el leiomioma tiene una mayor predilección (de hasta 5 veces) por las venas que por las arterias. El sitio más común suele ser la vena cava. Se han descrito solamente un par de casos en la literatura, pero su diagnóstico ha sido tras la cirugía.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 70 años que ingresa por un dolor torácico de tipo opresivo asociado a síndrome constitucional. Tras realización de PET-TC donde se observa lesión hipercaptante en el territorio de la vena ácigos que es independiente de la aorta, además de lesiones óseas y nódulo suprarrenal derecho. Se realiza intento de biopsia transtorácica y broncoscopia con estudio anatomopatológico no concluyente.

En angio-TC de abdomen existe la sospecha de que se trata de un hematoma periaórtico por lo que se realiza ecoendoscopia objetivando una masa mediastínica hipocogénica y de bordes parcialmente definidos, realizando punción con aguja histológica de 22G (Acquire, Boston Scientific), un total de 3 pases con técnica "híbrida" (Slow pull + aspiración de 10cc) con diagnóstico anatomopatológico de Sarcoma fusocelular, logrando estudio inmunohistoquímico debido al bloque celular expresando las células neoplásicas Vimentina de manera intensa y difusa. El resto de marcadores realizados (S100, p63 y CKAE1/E3) resultaron negativos.



FIGURA 1
RM abdomen.



FIGURA 2
TC tórax 1.



FIGURA 3
TC tórax 2.

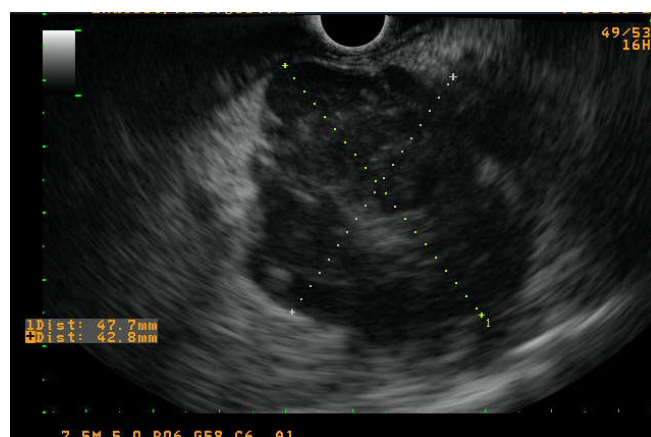


FIGURA 4
USE 1.



FIGURA 4
USE 2.



FIGURA 5
USEBAF.

El paciente recibió quimioterapia paliativa debido a afectación metastásica falleciendo a los tres meses del diagnóstico.

Discusión

Los sarcomas de la vena ácigos es una patología rara, que en los casos descritos previamente su diagnóstico ha sido exclusivamente quirúrgico.

La ecoendoscopia es una herramienta fundamental en la caracterización de las lesiones mediastínicas, así mismo destacamos la importancia de las nuevas agujas histológicas de ecoendoscopia, las cuales permiten la obtención de muestras suficientes y de calidad para poder realizar estudios inmunohistoquímicos que aumentan la precisión diagnóstica. En nuestro caso es el primer diagnóstico histológico descrito a través de ecoendoscopia.

CP-034. LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE MALLORY-WEISS PRESENTAN MAYOR TASA DE SANGRADO ACTIVO Y NECESIDAD DE TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA EN COMPARACIÓN CON OTRAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA

LOPEZ-VICO M, HERRADOR-PAREDES M, ORTEGA-SUAZO EJ, MARTINEZ-CARA JG, REDONDO-CEREZO E, JIMENEZ-ROSALES R

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

Introducción

El síndrome de Mallory-Weiss (SMW) se define por la presencia de hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a laceraciones de la unión esofagogástrica por vómitos, representando el 4-13% de la HDA. Tradicionalmente, se ha considerado un proceso benigno y autolimitado en el que la mayoría de los pacientes respondían a tratamiento conservador, siendo infrecuente la necesidad de terapia endoscópica. Sin embargo, estudios recientes muestran que el espectro clínico es amplio y ocasionalmente fatal. Aunque el SMW es una causa importante de HDA, la evidencia al respecto es limitada. El objetivo del estudio es comparar pacientes con HDA por SMW frente a otras causas de HDA no varicosa (HDNV).

Material y métodos

Estudio prospectivo de pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" entre 2013-2019. Todos recibieron EDA. Se evaluaron datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico agudo y diferido en 6 meses.

Resultados

Se incluyeron 698 pacientes con HDA, 535 con HDNV. De éstos, 39 (7,3%) con SMW y 496 (92,7%) distinta al SMW (NSMW). SMW difirieron del NSMW en historia de cirrosis hepática (28,2% vs. 15,3%; $p=0,036$), consumo diario de alcohol (30,45% vs. 14,76%; $p=0,033$), hematemesis (79,5% vs. 44,4%; $p<0,001$), niveles de hemoglobina (10,25 vs. 9,46; $p=0,041$), sangrado activo en endoscopia (41% vs. 25,6%; $p=0,036$), necesidad de terapia endoscópica (53,8% vs. 34,1%; $p=0,013$), requerimientos transfusionales (2,19 vs. 3,89; $p=0,010$) y eventos hemorrágicos diferidos (7,7% vs. 23,9%; $p=0,020$).

No se encontraron diferencias en términos de edad, sexo, ASA score, consumo de antitrombóticos o AINEs, inestabilidad hemodinámica, escalas pronósticas (GB, AIMS65 y Rockall), resangrado, necesidad de transfusión, necesidad de cirugía o radiología intervencionista, estancia hospitalaria, complicaciones hospitalarias, mortalidad hospitalaria, mortalidad diferida y eventos cardiovasculares diferidos.

Falleció 1 paciente con SMW en relación con la HDA.

Conclusiones

Los pacientes con SMW presentan mayor tasa de sangrado activo en la endoscopia y necesidad de terapia endoscópica en

comparación con aquellos con HDNV de otro origen; con pronóstico similar en relación a resangrado, necesidad de cirugía o radiología intervencionista, estancia hospitalaria y mortalidad hospitalaria.

A la luz de estos resultados, debemos abandonar la idea clásica de que el SMW es una causa de HDA autolimitada de curso benigno y que no requiere terapia endoscópica y actuar en consecuencia, con una evaluación endoscópica y tratamiento adecuados.

CP-035. MELANOSIS COLI SEVERA: CUANDO TODO SE VUELVE NEGRO.

GARCÍA MARTÍNEZ A, AGUILAR MARTÍNEZ JC, CAMPOS GONZAGA L, MATEOS MILLÁN D, HERNANI ÁLVAREZ JA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

Introducción

La melanosis coli es una entidad anormal en la cual se deposita un pigmento marrón o negro en la mucosa colorrectal, aunque puede ocurrir también en el estómago y el intestino delgado.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes de interés, que se realiza colonoscopia solicitada desde atención primaria por estreñimiento crónico. Se consigue alcanzar ciego, identificándose la válvula ileocecal y apreciándose en toda la exploración una mucosa colónica de coloración completamente negruzca y atigrada (Figura 1), compatible con melanosis coli. Asimismo, un pólipo plano elevado (Paris 0-IIa) de 6 mm en colon ascendente proximal, que se reseca con asa fría pero que no se consigue recuperar por dificultad técnica (Figura 2). No se observaron otras alteraciones mucosas o lesiones endoluminales en la colonoscopia. Al finalizar la colonoscopia se interroga a la

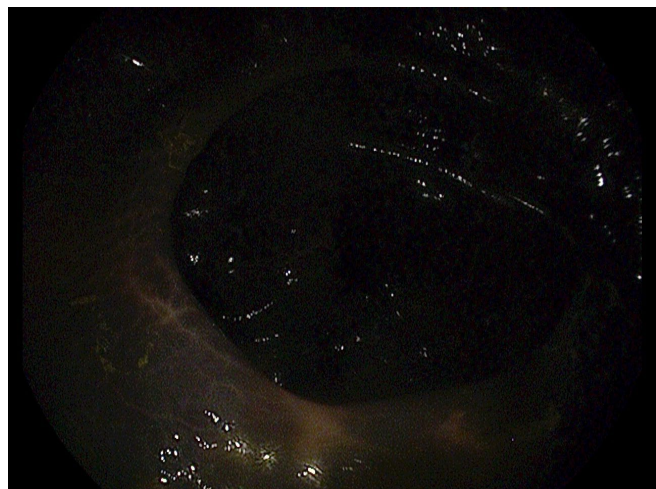


FIGURA 1

Mucosa colónica de coloración completamente negruzca y aspecto atigrado, compatible con melanosis coli, de tal intensidad que dificultó la llegada a ciego.

paciente refiriendo toma crónica de comprimidos de aloe vera que adquiere de herboristería como tratamiento de su estreñimiento crónico. Por tanto, se recomienda suspender la toma de estos laxantes, dándose recomendaciones higiénico-dietéticas para el estreñimiento crónico.

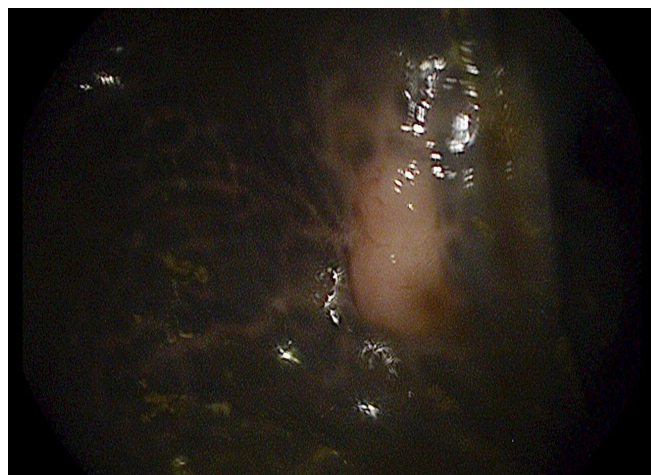


FIGURA 2

Pólipo plano elevado (Paris 0-IIa) localizado en colon ascendente proximal, que destaca por su coloración sonrosada, diferente del resto de la mucosa colónica, de coloración negruzca.

Discusión

Esta entidad está habitualmente en relación con la toma crónica de laxantes antraquinónicos, tales como el sen, la frángula y el aloe vera. La patogenia no está bien conocida y los síntomas son los derivados del estreñimiento. Es común en pacientes, especialmente mujeres, que sufren de estreñimiento crónico, siendo una entidad benigna, reversible y que mejora al año tras la suspensión de este tipo de laxantes. Existen cuatro grados de melanosis coli, siendo el 4 la forma más severa y caracterizándose por marcada presencia del pigmento en la capa muscular de la mucosa. El diagnóstico de esta entidad se realiza mediante colonoscopia, cuya presencia está asociada a un incremento significativo de las tasas de detección de adenomas dada la falta de pigmentación de éstos. Con respecto al tratamiento, no existen un tratamiento específico salvo el de suspender la toma de los laxantes antraquinónicos y mejorar los estilos de vida.

CP-036. MULTITRACCIÓN CON BANDAS ELÁSTICAS Y SEDA QUIRÚRGICA COMO MÉTODO FACILITADOR DE LA DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA

MORENO LORO A, PÉREZ ESTRADA C, MARTÍN GUERRERO JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La disección submucosa endoscópica se ha posicionado como la técnica de elección para la resección en bloque de lesiones

neoplásicas colorrectales sin datos, a priori, de invasión submucosa profunda y, por tanto, con bajo riesgo de diseminación linfática. Permite su correcto estadiaje y curación (R0) con menor morbimortalidad que la cirugía. A su complejidad técnica contribuye la ausencia de tracción sobre el flap mucoso que se va creando durante la disección, dificultando el acceso seguro al plano submucoso conforme se avanza en el corte. Distintos métodos y dispositivos endoscópicos han sido desarrollados para vencer esta dificultad. Entre ellas las técnicas de clips con bandas elásticas que buscan mantener el plano submucoso accesible uniendo el borde distal con el borde proximal o con la pared contralateral en una posición proximal, ejerciendo así una fuerza tangencial.

Caso clínico

Paciente varón de 55 años derivado para disección submucosa endoscópica de pólipo de extensión lateral granular (LST-G, 0-IIa+Is) de 7 cm localizado sobre la segunda válvula rectal y extendiéndose sobre dos tercios de la circunferencia (Figura 1). Tras infiltrar la submucosa con suero salino 0,9% e índigo carmín y antes de la incisión en la mucosa, se introdujo un clip que portaba una seda quirúrgica que a su vez enlazaba tres bandas elásticas, fijándose en la pared contralateral a la lesión (Figura 2). Posteriormente se introdujeron tres clips atrapando con cada uno de ellos una de las bandas y fijándolos en el margen anal, lateral izquierdo y derecho de la lesión (Figura 3). Durante la disección, estas fijaciones junto con la insuflación mantuvieron en todo momento el flap a tensión exponiendo adecuadamente el plano submucoso. Tras la disección se retiró el clip con una pinza de ratón, completándose el procedimiento en 3 horas y 30 minutos (Figura 4).

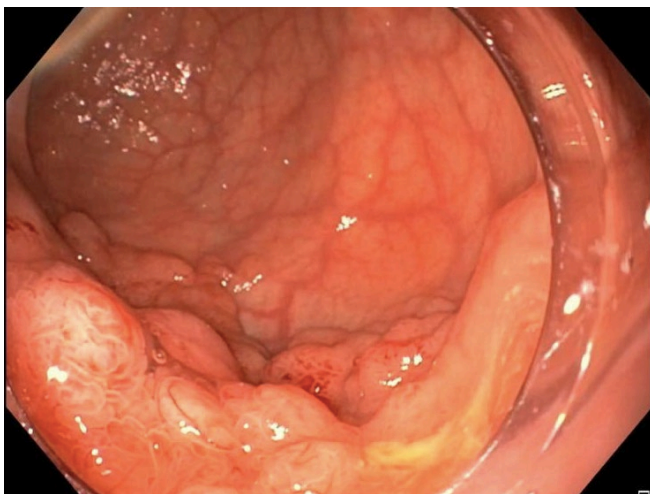


FIGURA 1
Pólipo de extensión lateral granular (LST-G, 0-IIa+Is) de 7 cm en recto.

Discusión

Las técnicas endoscópicas de tracción permiten disecciones submucosas más rápidas y seguras al optimizar las condiciones del campo de trabajo, sin embargo, carecemos de estudios que comparen directamente las distintas técnicas entre sí. En este caso clínico se propone una variante de la técnica de clip con



FIGURA 2
Clip portando tres bandas elásticas mediante seda quirúrgica, fijado en la pared contralateral a la lesión.



FIGURA 3
Clips y bandas elásticas ejerciendo tracción sobre la lesión.

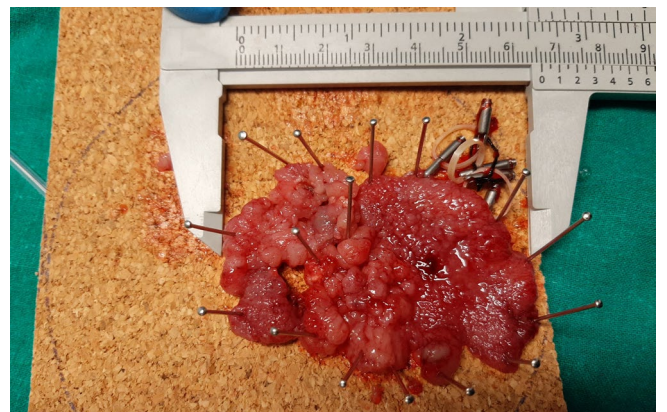


FIGURA 4
Lesión extirpada y extendida, aún portando los clips y bandas elásticas.

banda elástica, realizándose la fijación de los clips previamente al corte, lo que facilita el acceso a la submucosa, y realizándose una multitracción endoluminal, lo que ofrece una adecuada visualización del plano submucoso en toda la extensión de la lesión y mantenida durante el avance de la disección (Figura 5).



FIGURA 5

Código QR que enlaza con el vídeo del procedimiento expuesto en el caso clínico.

CP-037. NO TODO ES LO QUE PARECE. RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y EL PAPEL DE LA ECOENDOSCOPIA EN SU DIAGNÓSTICO.

MOUHTAR EL HALABI S, LORENZO GONZÁLEZ L, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, RODRÍGUEZ TÉLLEZ M, ROMERO CASTRO R, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Las causas de hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa son numerosas e incluyen como más frecuentes la enfermedad péptica, neoplasias y malformaciones vasculares. Las lesiones subepiteliales (LSE) pueden ser causa de sangrado en un pequeño porcentaje.

Caso clínico

Caso 1: varón de 64 años que ingresa por HDA. En gastroscopia urgente se objetiva LSE pseudopediculada con sangrado activo que parece tener origen en la papila duodenal (Figura 1), logrando cese del sangrado tras inyección de adrenalina. Ante la sospecha de ampuloma, se solicita tomografía computarizada (TC) que aprecia imagen nodular de 20 mm, de densidad grasa, bien circunscrita, y ecoendoscopia que observa en el área papilar lesión hiperecogénica, homogénea dependiente de la tercera ecocapa de

25x15 mm sin dilatación de vía biliar (Figura 2), sugestivo de lipoma que se confirman en la citología (PAAF). Pese a tratarse de un ampuloma benigno, se remite a cirugía debido al riesgo de recidiva hemorrágica.

Caso 2: varón de 76 años que acude por HDA, objetivándose en gastroscopia urgente LSE gástrica antral de unos 40mm con vértice ulcerado y coágulo adherido sugestivo de GIST (Figura 3). En ecoendoscopia se aprecia lesión de 35x30mm dependiente de la submucosa, hiperecogénica, homogénea y redondeada, nutrido por vaso arterial y venoso, hallazgos sugestivos de lipoma gástrico (Figura 4). Se realiza PAAF en la que solo describen ausencia de células neoplásicas. Presentó evolución favorable, sin recidiva hemorrágica y continúa seguimiento en consultas, pendiente de gastroscopia de revisión para decidir actitud terapéutica.

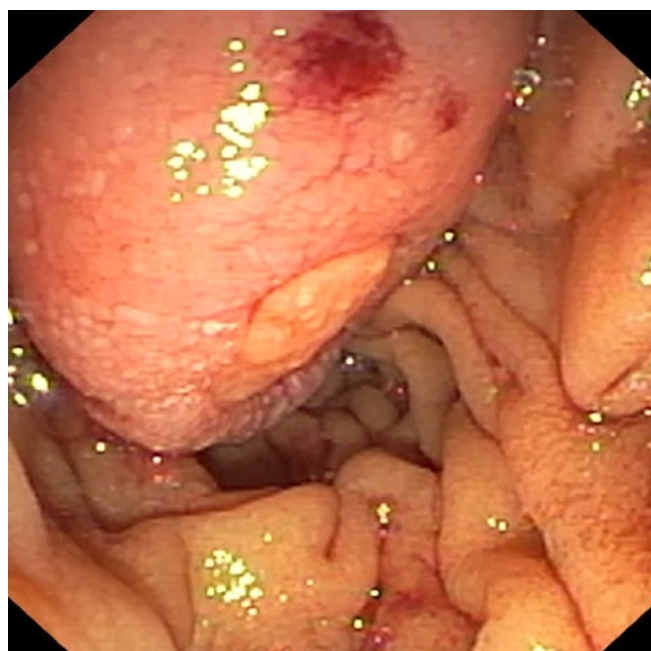


FIGURA 1

LSE en papila duodenal sugestiva de ampuloma.



FIGURA 2

Ecoendoscopia de lesión duodenal con características típicas de lipoma.

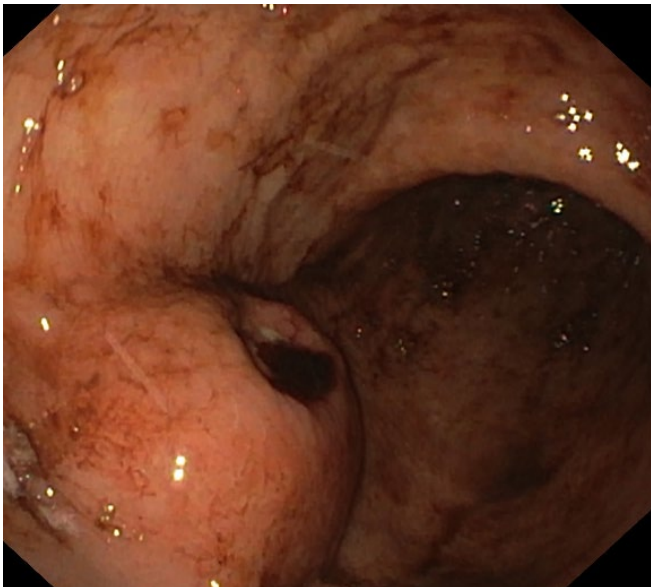


FIGURA 3

LSE gástrica con úlcera en su vértice, sugestiva de GIST.

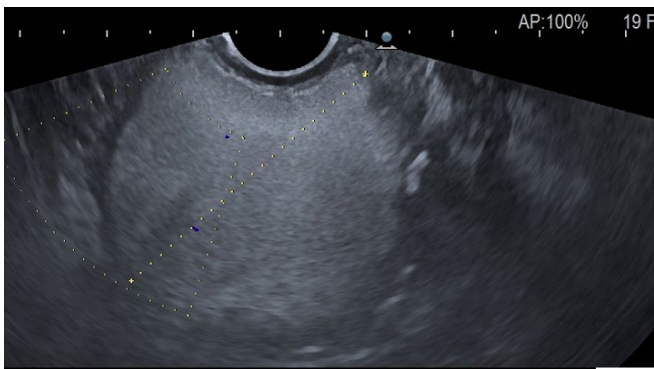


FIGURA 4

Ecoendoscopia de LSE gástrica que evidencia características típicas de lipoma.

Discusión

Los lipomas gastrointestinales generalmente son asintomáticos, presentando clínica los de mayor tamaño. Los síntomas más frecuentemente descritos son la intususcepción, ulceración y hemorragia. Si bien el diagnóstico en visión endoscópica de estas lesiones no suele ser complicado, en algunas ocasiones pueden presentar cambios inflamatorios crónicos y complicaciones que pueden establecer dudas con lesiones malignas.

Planteamos dos casos de HDA que sugieren patología maligna como primera posibilidad por su imagen endoscópica, el primer caso un ampuloma y el segundo un GIST. El papel de la ecoendoscopia fue fundamental en el diagnóstico, siendo la técnica de elección para el estudio de las LSE; ya que permite explorar las capas de la pared gastrointestinal, definir las características ultrasonográficas de las lesiones y obtener muestras para estudio histológico. En este caso las LSE hiperecogénicas, homogéneas y bien circunscritas son características únicas de lipomas.

Los lipomas no suelen requerir tratamiento a excepción de que generen síntomas, donde se plantea la posibilidad de tratamiento endoscópico o quirúrgico.

CP-038. OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A FITOBEZOAR: ¿ES POSIBLE LA FRAGMENTACIÓN CON INYECCIÓN DE COCA-COLA®?

MORENO MORALED A I, CALVO BERNAL MDM, DELGADO MAROTO A, DIÉGUEZ CASTILLO C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

El fitobezoar es una concreción o masa de consistencia dura compuesta de fibras, hojas, raíces y pieles digeridas de casi cualquier materia vegetal. Es el bezoar más común en la actualidad y es más frecuente en pacientes con trastornos de la motilidad gástrica.

Presentamos un caso de obstrucción gástrica por fitobezoar en un paciente con gastroparesia diabética en el que la fragmentación fue posible debido a la inyección de Coca-Cola®.

Caso clínico

Varón de 44 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 1 con mal control metabólico, que acude a urgencias por presentar vómitos alimenticios de 24 horas de evolución asociado a distensión abdominal y estreñimiento desde hace varios días. Se realiza TC de abdomen en la que se observa estómago dilatado con abundante gas y dos masas de unos 4.5 cm a nivel de antro, con asas intestinales y colon no dilatados.

En la endoscopia se observan dos masas sólidas de gran tamaño de contenido vegetal (pipas, fibra, etc) que ocupan fundus y gran parte de cuerpo hasta incisura, sin llegar a impedir el paso del endoscopio (Figura 1). Se inyecta sustancia disolvente (Coca-Cola®) sobre ambas masas (Figura 2) consiguiendo la fragmentación de las mismas y facilitando la separación con asa (Figura 3). Finalmente queda un molde de fragmentos de restos vegetales digeridos en cuerpo gástrico. El paciente presenta una evolución clínica favorable posterior, iniciando deposiciones y con adecuada tolerancia a dieta oral tras 24 horas de la realización de la prueba, procediéndose a alta hospitalaria.

Discusión: Los bezoares son concreciones de material no digerible que se acumula de forma progresiva en el tubo digestivo, generalmente en el estómago. Se desarrollan habitualmente en pacientes con antecedentes de cirugía gástrica y/o con retraso del vaciamiento gástrico debido a diabetes mellitus, enfermedad mixta del tejido conectivo o hipotiroidismo.

Las opciones de tratamiento incluyen la disolución con enzimas proteolíticas o celulasa, fragmentación y extracción endoscópica o cirugía en caso de fracaso del tratamiento conservador. Se han descrito varios métodos de tratamiento endoscópico (fragmentación con irrigación, pinzas de biopsia, asas de polipectomía, etc), sin embargo, suelen ser procedimientos prolongados que requieren exploraciones repetidas.



FIGURA 1
Fitobezoar gástrico.



FIGURA 2
Inyección de Coca-Cola®.



FIGURA 3
Fragmentación endoscópica.

La inyección de Coca-Cola® es un método seguro, rápido y eficaz, debido al efecto mucolítico del NaHCO_3 y a la penetración de las burbujas de CO_2 en la superficie del bezoar que digieren las fibras, por lo que debe considerarse una opción de tratamiento potencial al evitar en una gran parte de los casos la cirugía.

CP-039. OXIURO: HALLAZGO INESPERADO EN COLONOSCOPIA DE SEGUIMIENTO DE PÓLIPOS COLÓNICOS.

GARCÍA MARTÍNEZ A, AGUILAR MARTÍNEZ JC, MATEOS MILLÁN D, CAMPOS GONZAGA L, HERNANI ÁLVAREZ JA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

Introducción

Enterobius vermicularis, comúnmente conocido como oxiuro, es el parásito intestinal más frecuente que afecta al ser humano. Produce lo que se conoce como oxiuriasis, habitual en áreas de climas cálidos o tropicales. Es una parasitosis que afecta con más frecuencia a niños de 5-10 años y a personas institucionalizadas, desconociéndose con exactitud la prevalencia de esta entidad en los adultos. El ser humano es el único huésped natural.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 57 años, que acude a la realización de colonoscopia solicitada desde atención primaria para seguimiento de pólipos colónicos. Durante la retirada del colonoscopio, se observó un gusano de coloración blanquecina, 5 mm de longitud y móvil (Figura 1 y 2), localizado sobre la mucosa de colon descendente, que se remitió a estudio microbiológico mediante pinza de biopsia, identificándose como *E. vermicularis*. Posteriormente se interroga al paciente, refiriendo prurito anal nocturno y contacto habitual con dos nietos, de 7 y 8 años. No refería otro antecedente epidemiológico de interés. Al finalizar la colonoscopia se le recomendó al paciente tomar un comprimido de mebendazol de 100 mg, repitiéndose la dosis a las dos semanas, y de la misma forma a sus contactos íntimos.

Discusión

El ciclo vital del parásito comienza con la deposición de los huevos por las hembras en los pliegues perianales. Posteriormente tras rascado del área perianal, alcanzan la boca mediante manos contaminadas o bien de persona a persona al ingerir comida, usar prendas de vestir o emplear ropas de cama manipuladas por manos contaminadas. Tras la ingestión de los huevos, las larvas salen en yeyuno, se desarrollan en íleon y finalmente residen en ciego o en apéndice cecal. La oxiuriasis debido a *E. vermiculares* suele ser una afección asintomática, destacando el prurito anal en el 33% de los pacientes con esta infección. Si bien el diagnóstico puede realizarse mediante colonoscopia, es más habitual emplear la prueba con cinta adhesiva (cinta de Graham) sobre la piel anal y perianal, donde se identifican los huevos del parásito al microscopio. Actualmente no disponemos de datos sobre la prevalencia de oxiuros durante la colonoscopia rutinaria.

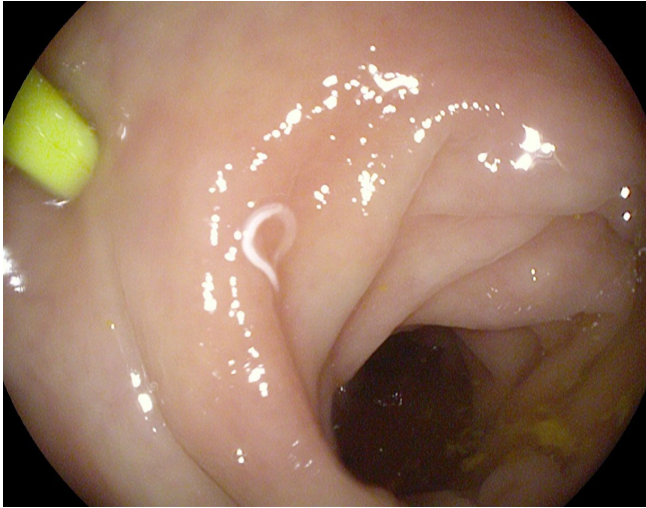


FIGURA 1

Sobre la mucosa de un pliegue colónico en la parte central de la imagen se observa un gusano de coloración blanquecina, de unos 5 mm y móvil, compatible con *Enterobius vermicularis*.

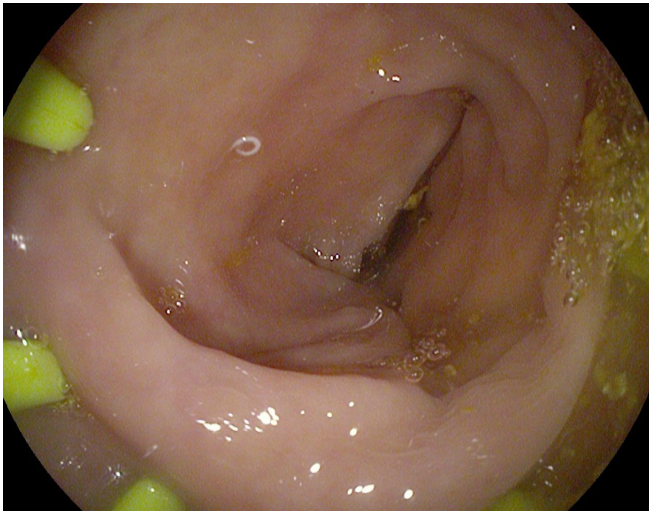


FIGURA 2

De la misma forma que se observa en la figura 1, en la parte central de la imagen se aprecia un gusano de coloración blanquecina sugerente de *Enterobius vermicularis*, sobre la mucosa colónica, en este caso de colon descendente.

El tratamiento consiste en una dosis única de 100 mg de mebendazol, 400 mg de albendazol o 10 mg/kg de pamoato de pirantel, que podrá repetirse a las dos semanas para evitar recurrencias. Deben extremarse las condiciones higiénicas personales de todos los miembros de la familia, así como la higiene del baño y de las ropas de cama (lavarlas dos veces por semana).

CP-040. PANCREATITIS AGUDA POR CUERPO EXTRAÑO

ALAÑÓN MARTÍNEZ PE, SERRANO RUIZ FJ, GONZÁLEZ CASTILLA ML, LADEHESA PINEDA MJ, PRIETO DE LA TORRE M, PLEGUEZUELO NAVARRO M, HERVÁS MOLINA AJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

El tubo en T de Kehr se emplea para el drenaje biliar tras la cirugía sobre la vía biliar principal. Entre sus indicaciones se encuentran el cierre de la coledocotomía supraduodenal, tratamiento de coledocolitiasis residuales o reconstrucción biliar en el trasplante hepático. Su tasa de complicaciones hace necesario individualizar su utilización.

Caso clínico

Mujer de 84 años, hipertensa y diabética. Gastrectomía parcial con reconstrucción Billroth I por úlcera péptica. Acude a Urgencias por colecistitis aguda litiasica y sospecha de coledocolitiasis. Se realiza colecistectomía laparoscópica urgente, con exploración de vía biliar sin objetivar coledocolitiasis, asegurando el drenaje de la vía biliar mediante un tubo en T. Al mes, se realiza una colangiografía trans-Kehr, con adecuada evacuación de contraste sin objetivar coledocolitiasis, consecuentemente, se retira el drenaje, sin complicaciones inmediatas.

Dos años más tarde, ingresa por pancreatitis aguda de origen biliar (bilirrubina total 2'9 mg/dL, amilasa 1762 U/L). En ecografía abdominal (Figura 1) y colangiorresonancia (Figura 2), se describe dilatación de la vía biliar y defecto de repleción distal con morfología tubular. Se realiza de manera electiva una CPRE, apreciando un objeto tubular de 4 cm alojado en colédoco con extremo distal transpapilar (Figuras 3 y 4). Se realiza esfinterotomía biliar, extrayendo con asa de polipectomía el cuerpo extraño, confirmando que se trata un fragmento de plástico del tubo en T (Figura 5), así como abundante barro biliar.

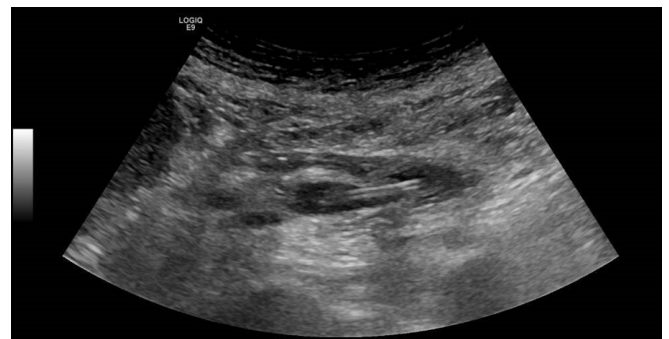


FIGURA 1

Ecografía abdominal. Se objetiva una moderada dilatación de vía biliar extrahepática (colédoco de 1.2 cm), observándose un catéter en colédoco distal, que se encuentra a su vez envuelto por una pequeña cantidad de barro biliar.

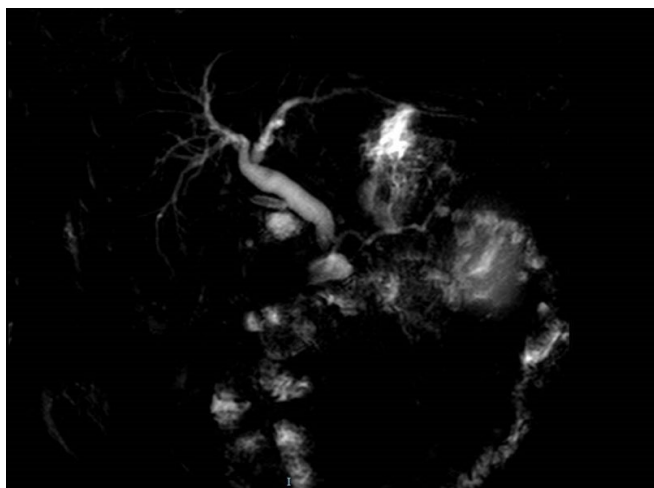


FIGURA 2

Colangiografía RM. Se aprecia defecto de repleción distal con morfología tubular en el colédoco.

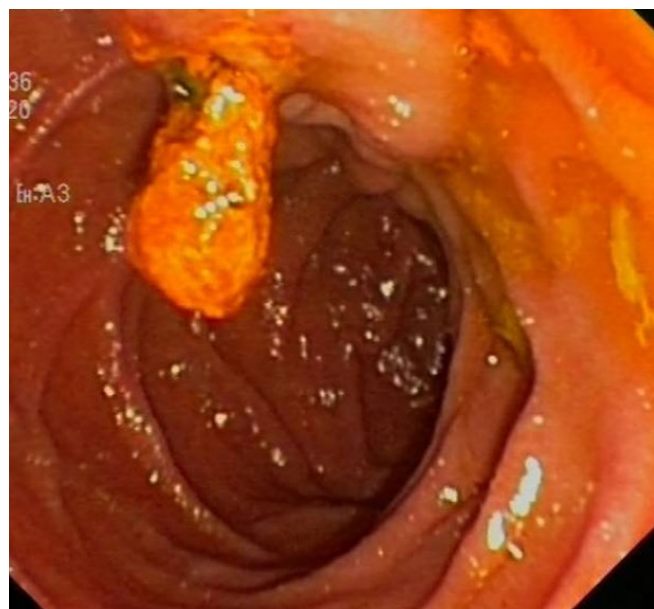


FIGURA 3

Fragmento de tubo en T con extremo distal transpapilar.

La paciente evoluciona favorablemente sin incidencias.

Discusión

El empleo del tubo en T tiene la ventaja de prevenir la fuga o estenosis biliar y permitir la colangiografía postoperatoria para detectar cálculos residuales. Sus complicaciones más frecuentes son la infección de la herida, fístula o fuga biliar y obstrucción por desplazamiento. Las más habituales están relacionadas con el momento de la extracción del mismo. Existen pocos casos descritos en la literatura sobre la persistencia de fragmentos del tubo tras su retirada. Esta se manifiesta como un cuadro de obstrucción biliar. El periodo de presentación es variable, desde episodios inmediatos



FIGURA 4

Colangiografía realizada durante la CPRE. Se objetiva la existencia de un objeto alargado de 4 cm en colédoco distal.



FIGURA 5

Fragmento de tubo en T extraído tras CPRE.

hasta 36 años después. Existen abordajes quirúrgicos, radiológicos y endoscópicos para la extracción del fragmento. En nuestro caso, se realizó mediante CPRE con una resolución completa del cuadro.

CP-041.RESOLUCIÓN CON OVE SCODE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SEVERA SECUNDARIA A ULCERA RECTAL DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN PACIENTE EN HEMODIALISIS.

ANGULO MCGRATH I, MARTÍNEZ BURGOS M, BRACHO GONZÁLEZ M, PINTO GARCÍA I

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

Introducción

La colitis isquémica resulta de la disminución o interrupción del flujo sanguíneo al intestino grueso. Es conocida la predisposición que presentan los pacientes en hemodiálisis a desarrollar isquemia intestinal secundaria a trastornos vasculares. No obstante, ante el hallazgo de una úlcera rectal isquémica, el abanico de diagnósticos diferenciales nos lleva en ocasiones a infradiagnosticar dicha etiología.

Caso clínico

Varón de 67 años. Antecedente de cáncer de próstata tratado con RT en 2011 y ERC secundaria a glomerulonefritis en hemodiálisis desde hace 5 años.

Ingresa por cuadro de rectorragia franca con repercusión analítica (hemoglobina de 8.9 gr/dL) y hemodinámica.

En colonoscopia urgente se identifica ulceraciones cubiertas de fibrina en recto con vaso visible sobre una de ellas, realizándose terapéutica con hemoclips y tomándose biopsias de la mucosa.

Presenta evolución tórpida posterior, con episodios de rectorragia e inestabilidad hemodinámica tras sesiones de hemodiálisis a pesar de realizarse sin heparina y con expansores de volumen, precisando transfusiones cada 24-48 horas por anemia persistente.

Se realiza segunda y tercera rectoscopia urgente en un intervalo de 24 horas por nuevos episodios de exteriorización en las que se identifica gran coágulo en recto bajo el cual se aprecia vaso visible de gran calibre, realizándose terapéutica con cuatro hemoclips y esclerosis con adrenalina y etoxiesclerol.

Tras siguiente sesión de hemodiálisis 48 horas después, el paciente presenta nuevamente rectorragia con inestabilidad, realizándose nueva colonoscopia urgente y apreciándose en recto úlcera parcialmente fibrinada que se extiende unos 20-22 mm con coágulo adherido (**Figura 1**). No se identifican hemoclips previamente posicionados por lo que se monta sistema OTSC de 11 mm y se posiciona sobre coágulo (**Figura 2**), comprobándose buen posicionamiento. Posteriormente se reciben resultados de anatomía patológica: Histología del tejido inflamatorio son compatibles con úlcera isquémica. Buena evolución posterior, siendo alta hospitalaria.

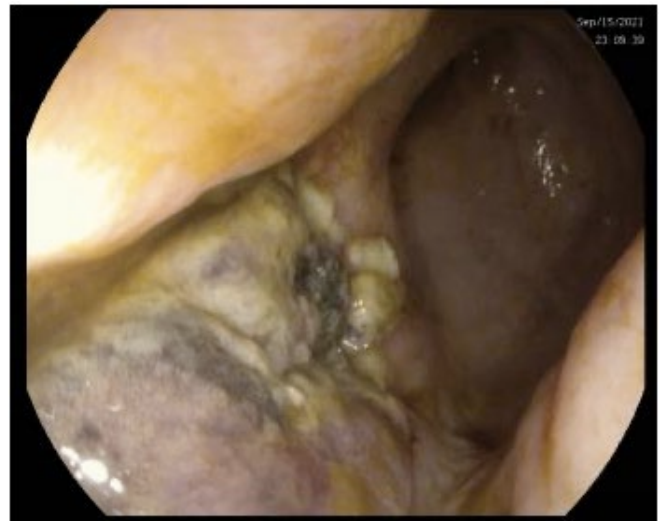


FIGURA 1

Imagen endoscópica. Úlcera rectal con coágulo adherido.



FIGURA 2

Imagen endoscópica. Úlcera rectal con sistema OTSC posicionado.

Discusión

La colitis isquémica es una patología frecuentemente infradiagnosticada, y cuya presentación en forma de úlcera rectal predominante con sangrado exanguinante es poco habitual.

La ultrafiltración realizada durante la diálisis supone una disminución del gasto cardíaco, favoreciendo una disminución del flujo mesentérico, asociado a las alteraciones microvasculares y comorbilidades que presentan los pacientes dializados, aumentando el riesgo de isquemia.

Queremos destacar la importancia de un buen diagnóstico diferencial, habiendo descartado la etiología rídica o el síndrome de la úlcera rectal solitaria entre otras etiologías dados los antecedentes y la evolución clínica de nuestro.

CP-042. ROTURA DE PSEUDOANEURISMA GASTRODUODENAL TRAS DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIÓN PANCREÁTICA.

ORTIZ CHIMBO DS, SOTO ESCRIBANO MDP, CASAIS JUANENA L, VALDIVIA KRAIG C, EL FALLOUS EL MRAGHID M, TEJERO JURADO R

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

Introducción

El drenaje endoscópico de colecciones pancreáticas está indicado en casos sintomáticos o de compresión de estructuras adyacentes. Generalmente requiere ultrasonografía endoscópica (USE) y fluoroscopia. Dentro de sus complicaciones destacan la hemorragia, perforación, infección, pancreatitis aguda y migración del stent. Presentamos el caso de un sangrado tras drenaje endoscópico transgástrico de una colección pancreática.

Caso clínico

Se trata de un varón de 43 años, esplenectomizado en 2018 por rotura esplénica traumática y, pancreatitis crónica de origen enólico tras dos episodios de pancreatitis aguda, el último hace 5 meses. Fumador de 40 cigarrillos/día y bebedor ocasional.

Acude por epigastralgia, ictericia, intolerancia oral y pérdida ponderal de 30 kilos desde el primer episodio de pancreatitis. A la exploración destacaba marcada delgadez e ictericia cutáneo-mucosa, abdomen excavado, doloroso, con sensación de masa en flanco e hipocondrio izquierdo, sin signos de peritonismo.

En las pruebas complementarias al ingreso presentaba leucocitosis con neutrofilia, hiperbilirrubinemia (3.3mg/dl) de predominio directo, elevación de enzimas de colestasis (FA/GGT: 970/350 U/L; AST/ALT: 72/135U/L) y amilasa 227U/L.

Se realizó tomografía computarizada (TC) abdominal apreciándose signos de pancreatitis crónica y una lesión de 9 cms de diámetro en cabeza pancreática, redondeada, encapsulada, y con contenido mixto de aspecto necrótico-hemorrágico compatible con pseudoquiste, que comprimía vía biliar distal, estómago y estructuras vasculares adyacentes.

Se decidió drenaje guiado por USE mediante quistogastrostomía con dispositivo Hot Axios (**Figuras 1 y 2**).

Dos días después comenzó con amenización e inestabilidad hemodinámica. Se realizó Angio-TC apreciándose una imagen compatible con pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal con sangrado activo. Seguidamente, se indicó arteriografía con cateterización selectiva y embolización con buena respuesta radiológica y clínica (**Figuras 3 y 4**).

Discusión

El drenaje transgástrico guiado por USE es el método de elección para el drenaje de lesiones quísticas peripancreáticas encapsuladas.



FIGURA 1

Pseudoquiste pancreático evaluado por USE. Unidad de Endoscopia Hospital Reina Sofía. Córdoba.



FIGURA 2

A) Necrosis encapsulada secundaria a pancreatitis crónica evaluada mediante tomografía computarizada. B) Drenaje mediante stent tipo Hot AXIOS 15 mm. C) Control tomográfico de colección con stent in situ. Unidad de Endoscopia Hospital Reina Sofía. Córdoba



FIGURA 3

A, B y C) Pseudoaneurisma dependiente de la arteria gastroduodenal, con signos de sangrado muy reciente contenido en cavidad gástrica.

La hemorragia ocurre hasta en el 28% de los procedimientos, pudiendo ser inmediata o tardía, por la lesión de los vasos gastroduodenales, por erosión de las prótesis de drenaje (2), o como en nuestro caso, por rotura de los vasos en contacto con la pared del quiste tras retracción de la misma.

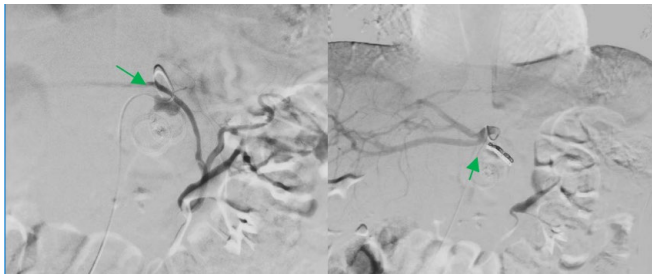


FIGURA 4

A) Embolización con coils de 5 y 6 mm a nivel del cuello. B) Control con permeabilidad del resto de las arterias viscerales.

El tratamiento de elección es la arteriografía con embolización selectiva, pudiéndose requerir cirugía en casos refractarios siendo la morbilidad muy elevada.

En base a esta experiencia, podemos reflexionar sobre la monitorización y la observación clínica estrecha en casos de drenajes efectivos de lesiones quísticas en íntimo contacto con estructuras vasculares.

CP-043. SARCOMA DE KAPOSI RECTAL EN PACIENTE VIH

OLVERA MUÑOZ R, GARCÍA DOMÍNGUEZ E, MARTÍN MANTIS E

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

Introducción

El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular de bajo grado causada por el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8), que se presenta principalmente en personas inmunodeprimidas (sobre todo VIH). Ha sido considerado clásicamente como una enfermedad definitoria de SIDA, si bien su incidencia ha disminuido drásticamente en los últimos años gracias a los avances en el diagnóstico y tratamiento del VIH.

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 73 años estudiado por síndrome constitucional de 1 año de evolución junto con aparición progresiva de lesiones cutáneas: pápulas de 1 cm de coloración violácea, distribución difusa, no confluyentes, pruriginosas ni dolorosas. En el estudio etiológico se detecta serología positiva para VIH con elevada carga viral y un recuento de 77 CD4. El estudio anatomopatológico de las lesiones cutáneas es compatible con SK. Se inicia tratamiento antirretroviral y quimioterápico con doxorubicina liposomal. Se realiza colonoscopia para descartar extensión visceral de la enfermedad.

La inspección perianal muestra lesiones por SK cutáneo. La colonoscopia releva en recto inferior varias lesiones nodulares de 7-8 mm, de coloración rojiza-violácea y duras a la toma de biopsia, con halo eritematoso, rodeadas de mucosa de aspecto normal.

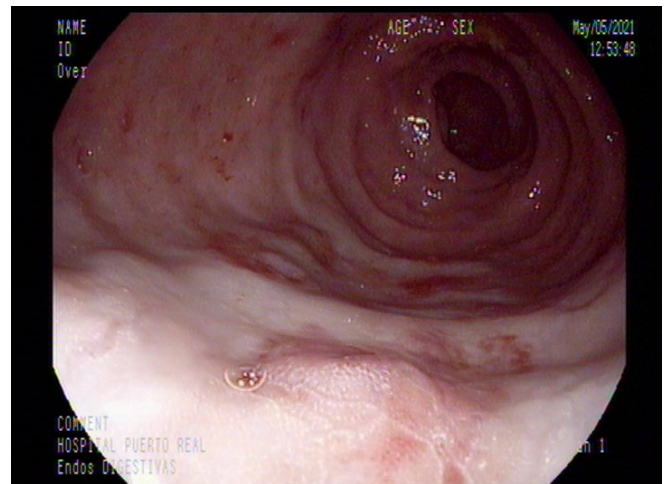


FIGURA 1

Sarcoma de Kaposi rectal (I).



FIGURA 2

Sarcoma de Kaposi rectal (II).

El estudio histológico demuestra proliferación infiltrativa con canales vasculares irregulares y células endoteliales fusiformes con infiltrado linfoplasmocitario y extravasación de hematíes. La inmunohistoquímica es positiva para CD31, CD34 y podoplanina (marcadores de células endoteliales) y tinción nuclear focal para VHH-8 (marcador viral). Todo ello confirma la afectación rectal del SK.

Discusión

La afectación cutánea y de los ganglios linfáticos es lo más frecuente en el SK. Sin embargo, la afectación visceral del tracto digestivo ocurre en un 30-40% de los casos al diagnóstico, a veces en ausencia de lesiones cutáneas. En el tracto digestivo puede manifestarse en cualquier localización, si bien la más habitual es el estómago. La afectación rectal es inusual. Las características endoscópicas del SK son muy variables, por ello es fundamental la confirmación diagnóstica mediante estudio histopatológico que muestre inmunohistoquímica positiva para marcadores de estirpe

vascular y componentes virales del VHH-8. La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el tratamiento principal en el SK en paciente VIH, a lo que se pueden unir terapias coadyuvantes como quimioterapia, radioterapia o cirugía.

CP-044. SINDROME DE BOUVERET EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA: CASO DIAGNOSTICADO MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA GRACIAS A SU REALIZACIÓN PRECOZ.

TENORIO GONZÁLEZ E, FLORES MORENO H, PALOMINO LUQUE P

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

El síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar, en la que existe una fístula biliodigestiva y secundariamente a esta comunicación, se produce la obstrucción gástrica tras impactar el cálculo biliar en el bulbo duodenal. La clínica es inespecífica, siendo los síntomas mas frecuentes las nauseas, vómitos y el dolor abdominal en pacientes con o sin afección biliar previa conocida. El diagnostico habitualmente se realiza mediante pruebas de imagen o endoscopia, y el tratamiento suele ser quirúrgico.

Caso clínico

Paciente de 95 años, atendida en urgencias tras clínica de varios de días de molestias abdominales epigástricas, nauseas y decaimiento. En analítica destaca leve leucocitosis y elevación de bilirrubina total. En ecografía de abdomen se observa leve dilatación intra y extrahepática, así como marcada distensión gástrica.

Se posiciona SNG para vaciamiento y se realiza gastroscopia observando, en cara anterior de bulbo, mucosa edematizada, congestiva, no vellositaria, compatible con fístula colecistoduodenal (Figura 1). Se accede a segunda porción duodenal, observando

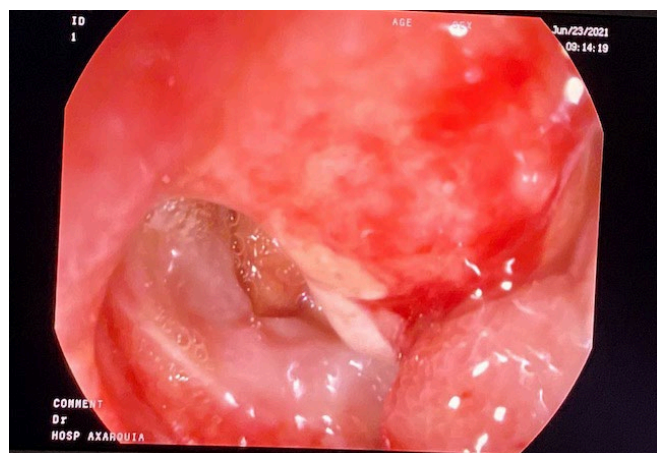


FIGURA 1
Luz duodenal. Imagen endoscópica.

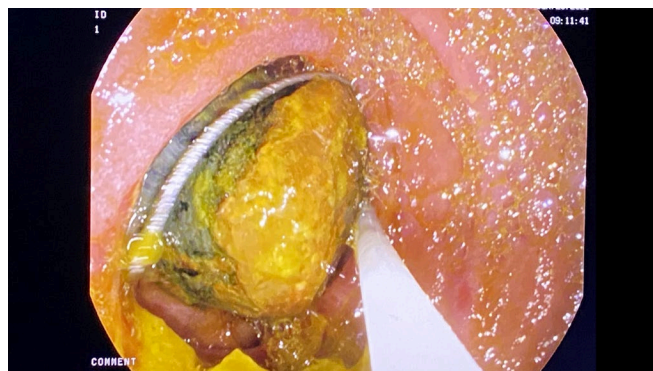


FIGURA 2
Litiasis impactada en luz duodenal.



FIGURA 3
Litiasis en TAC.

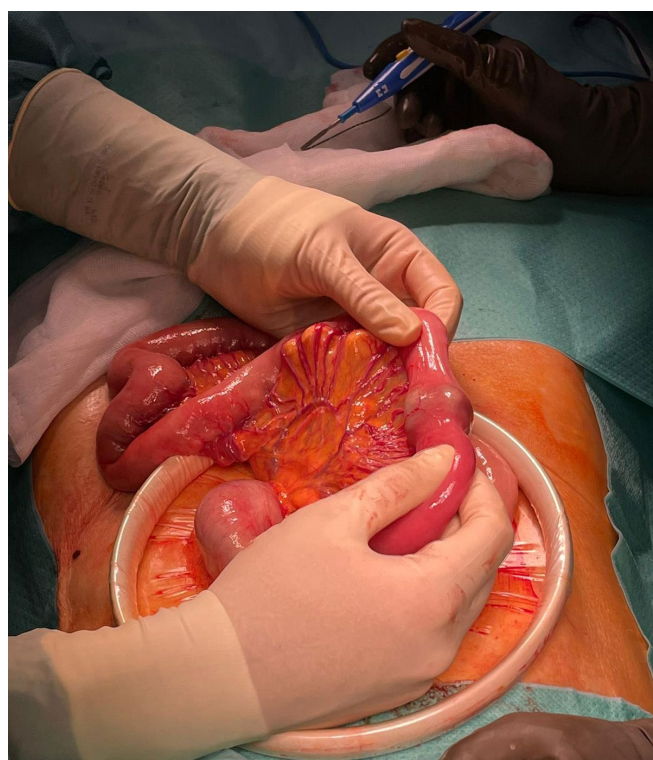


FIGURA 4
Extracción quirúrgica.

a este nivel, litiasis de gran tamaño que ocupa la luz. Se intenta fragmentar para su extracción no siendo posible por consistencia pétreo (Figura 2). Se realiza TC de abdomen que confirma los hallazgos (Figura 3). Se realiza cirugía de forma satisfactoria, movilizándolo el cálculo hasta yeyuno distal y realizando a este nivel una enterotomía y extracción del mismo (Figura 4).

Discusión

El síndrome de Bouveret es una etiología infrecuente que debe ser conocida y tratada a tiempo, ya que en la mayoría de los casos debuta en pacientes ancianos con síntomas inespecíficos.

CP-045. SOSPECHA DE PERFORACIÓN DUODENAL DURANTE CPRE POR EXCRECIÓN RENAL DE CONTRASTE YODADO

LADEHESA PINEDA MJ¹, SERRANO RUIZ FJ², ALAÑÓN MARTÍNEZ PE¹, GONZÁLEZ CASTILLA L¹, PRIETO DE LA TORRE M¹, PLEGUEZUELO NAVARRO M², HERVÁS MOLINA AJ²

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²SECCIÓN ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) asociada a esfinterotomía y/o esfinteroplastia es la técnica de elección para el tratamiento de colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis. La incidencia de eventos adversos difiere sustancialmente de los relacionados con otros procedimientos endoscópicos siendo esencial una adecuada indicación de ésta.

Caso clínico

Mujer de 79 años, ingresada por sospecha de colangitis aguda, asociando cuadro constitucional de larga data. En la analítica destaca bilirrubina total 4.2mg/dL (directa 3mg/dL), enzimas de colestasis y reactantes de fase aguda elevados.

La ecografía abdominal y colangiorresonancia muestran dilatación de vía biliar intra y extrahepática, colelitiasis y coledocolitiasis de gran tamaño (Figura 1). Como parte del estudio del síndrome constitucional se realizó un TC de tórax-abdomen-pelvis inmediatamente antes de la CPRE.

CPRE: Papila en el borde lateral derecho de un orificio diverticular (Figura 2). Canulación selectiva de colédoco. Colangiografía evidencia una vía biliar dilatada de 15 mm con una litiasis de 13 mm en colédoco distal (Figura 3). Se realiza esfinterotomía económica (por la existencia de divertículo) y esfinteroplastia, consiguiendo la extracción de la coledocolitiasis. Durante el procedimiento se pone de manifiesto un acúmulo progresivo de contraste en región dorsal a la vía biliar, el cual no se encontraba previamente (Figura 4).

Ante la sospecha de perforación periampular (Stapfer tipo II) se decide colocación de prótesis metálica totalmente recubierta (10 mm y 8 cm) (Figuras 5 y 6).

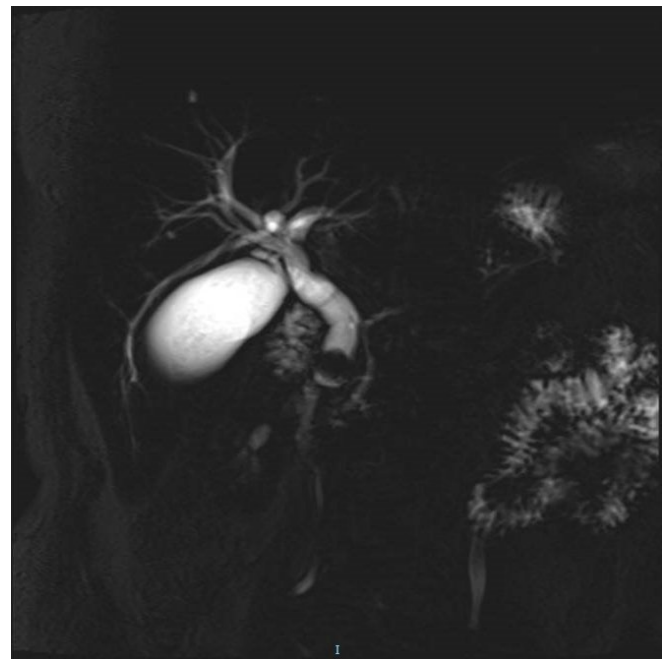


FIGURA 1
Dilatación de vía biliar y coledocolitiasis distal.



FIGURA 2
Divertículo duodenal con orificio papilar.

Posteriormente, se realiza TC urgente que describe cambios postCPRE sin signos de perforación (Figura 7).

La paciente no presentaba sintomatología.

Dada la discordancia se realiza una revisión de las imágenes del procedimiento en la que se objetiva que la sospecha de extravasación de contraste correspondía en realidad, a la eliminación renal del contraste yodado administrado en el TC realizado instantes previos a CPRE.

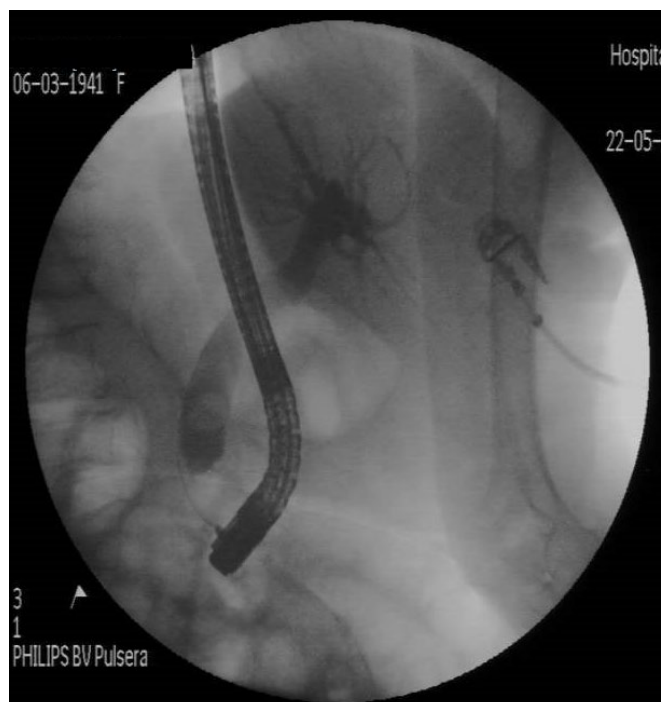


FIGURA 3

Dilatación de vía biliar y coledocolitiasis. Ausencia de contraste fuera de órganos digestivos. Decúbito lateral izquierdo.

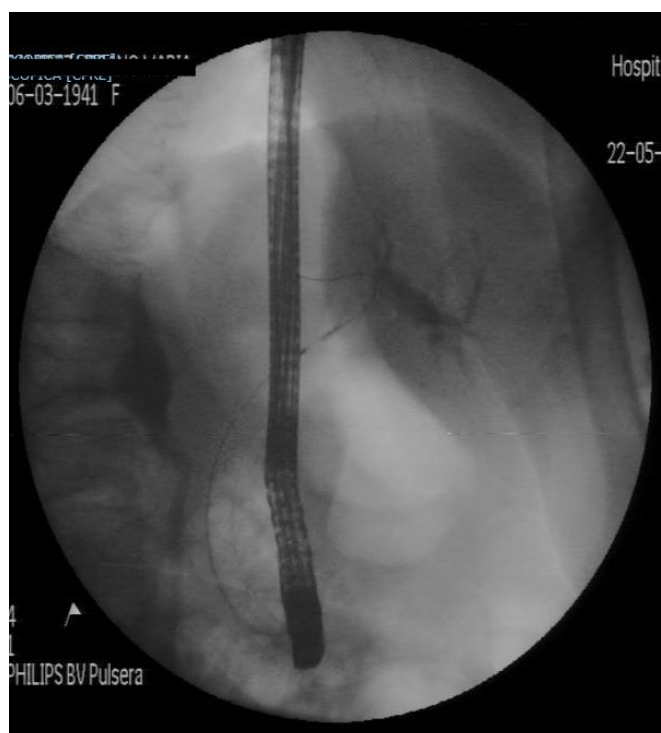


FIGURA 4

Acumulo progresivo de contraste extradigestivo. Decúbito lateral izquierdo.

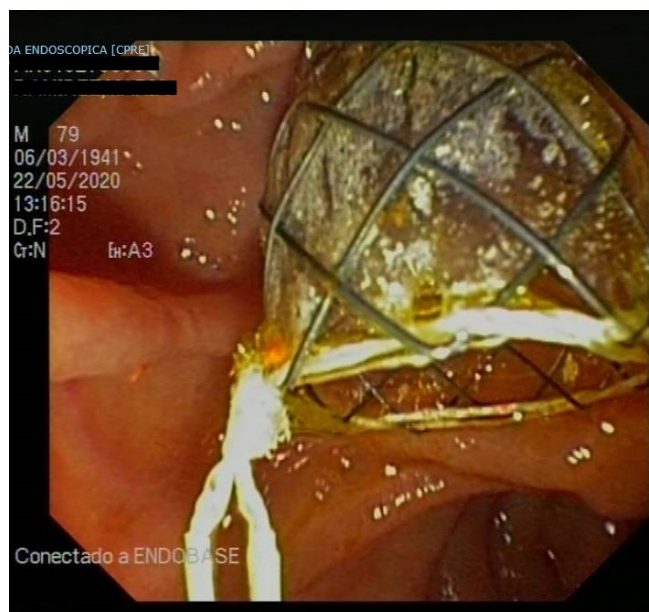


FIGURA 5

Prótesis metálica totalmente recubierta.



FIGURA 6

Imagen radiológica al finalizar CPRE. Prótesis metálica autoexpandible totalmente recubierta en vía biliar. Nefrograma secundario a eliminación renal del contraste administrado para realizar TC previo. Imagen en decúbito supino.

A los 5 días se retiró mediante CPRE la prótesis metálica, comprobando la ausencia de defectos de repleción ni fugas de contraste. Finalmente la paciente fue dada de alta.



FIGURA 7

Prótesis biliar metálica, aerobilia. No existen datos de perforación.

Discusión

La perforación durante la CPRE es una de las complicaciones más graves, cuya incidencia es de 0,08-0,6%. Distintos factores de riesgo se han identificado como la ampulectomía, esfinterotomía, precorte, dilatación de estenosis entre otras. Siendo fundamental su diagnóstico precoz. En perforaciones Stapfer tipo II la colocación de prótesis metálicas totalmente recubiertas es el tratamiento de elección.

Los medios de contraste yodado utilizados en TC se eliminan por vía renal, comenzando la excreción en escasos minutos, con una vida media de 1,5-2 horas. El nefrograma que dibuja, puede generar confusión en procedimientos radioguiados posteriores.

CP-046. TELECONSULTA EN LA ERA COVID, EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

LIBRERO JIMÉNEZ M, JIMÉNEZ ROSALES R, HEREDIA CARRASCO C, LÓPEZ DE HIERRO RUIZ M, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 supuso en nuestra unidad suspender la práctica totalidad de las endoscopias programadas de Marzo-Abril, limitando la actividad a procedimientos urgentes o por sospecha de cáncer digestivo. Al retomarla, se filtraron/priorizaron todas las solicitudes de endoscopia atendiendo a sistemas de priorización divulgados por las sociedades científicas. Además se implantó el aplicativo Teleconsulta, una conexión en tiempo real entre primaria y gastroenterología.

Nuestro objetivo con este estudio fue valorar la demora diagnóstica en los cánceres colorectales (CCR) diagnosticados en 2020, comparando las solicitudes realizadas antes y tras la implantación del sistema de priorización/teleconsulta.

Material y métodos

Presentamos un estudio retrospectivo en nuevos diagnósticos de CCR por colonoscopia durante el año 2020. La variable resultado principal es la demora diagnóstica desde la solicitud hasta la realización de la colonoscopia.

Resultados

Obtuvimos un total de 87 CCR diagnosticados en 2020, con una mediana de demora diagnóstica de 30.5 días. Al comparar la demora atendiendo al año de solicitud (2019 vs.2020), las primeras tuvieron mayor demora (125 vs.28 días; $p=0.000$). Atendiendo al período de 2020 (antes-durante la pandemia vs.normalización de actividad), las últimas tuvieron menor demora (56 vs.25.5 días; $p=0.006$). La demora diagnóstica depende de la procedencia de la solicitud ($p=0.007$), siendo la mayor para los procedentes de primaria y la menor para los hospitalizados (110 vs.2 días). Al comparar las solicitudes de primaria clásicas frente a las procedentes de teleconsulta, las últimas tuvieron menor demora (110 vs.19 días; $p=0.002$).

Conclusiones

Si bien la pandemia supuso un cambio sin precedentes en nuestra unidad de endoscopias, nos ha permitido establecer nuevas herramientas de priorización y comunicación entre diferentes niveles de salud, llevando a una reducción sustancial de la demora en el diagnóstico de CCR, con una mediana de 30 días, notablemente inferior a tiempos prepandémicos. La teleconsulta redujo de forma significativa la demora diagnóstica respecto a la tradicional solicitud desde primaria. Nuestro estudio pone de manifiesto la utilidad de la telemedicina y la necesidad de un adecuado sistema de priorización que permita un manejo racional de la creciente demanda de procedimientos endoscópicos.

CP-047. TORSIÓN DE PLASTIA GÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA: ABORDAJE ENDOSCÓPICO CON PRÓTESIS METÁLICA.

BRACHO GONZÁLEZ M, MORALES BERMÚDEZ AI, ANGULO MCGRATH I, VÁZQUEZ PEDREÑO L

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El cáncer de esófago representa el noveno cáncer más frecuente a nivel mundial. Los tumores esofágicos malignos más frecuentes son el adenocarcinoma (asociado a esófago de Barrett y en marcado ascenso en países occidentales) y el carcinoma escamoso (en descenso).

La esofagectomía total o subtotal con linfadenectomía y reconstrucción del tránsito con gastroplastia o coloplastia constituye el tratamiento curativo de elección en tumores localizados. Sin embargo, se trata de una cirugía compleja con una morbilidad significativa.

Caso clínico

Mujer de 36 años. Intervenido de adenocarcinoma de esófago T3N0 mediante esofagectomía de Ivor-Lewis y esquema FLOT de quimioterapia perioperatoria. Aparición de hernia diafrágica al año del procedimiento, con necesidad de reparación quirúrgica por vía laparoscópica.

Acude a urgencias por intolerancia oral total, con vómitos de contenido alimenticio y ataques de tos postingesta. Se realiza estudio mediante tomografía computarizada de tórax y endoscopia digestiva alta (EDA) y se diagnostica de obstrucción y dificultad de vaciamiento gástrico secundarios a torsión de la plastia gástrica. En la EDA se observa una anastomosis esofagogástrica de aspecto endoscópico normal y una plastia gástrica con fruncimiento de pliegues a nivel de antro prepilórico por torsión de la plastia, que

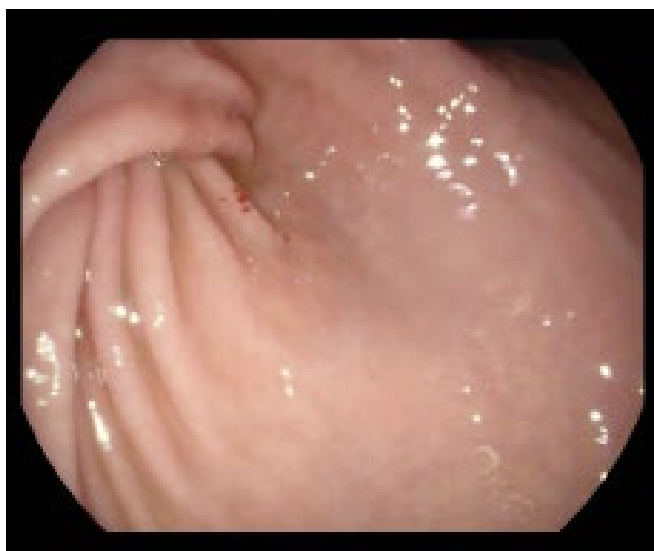


FIGURA 1

Fruncimiento de pliegues a nivel de antro prepilórico en EDA por torsión de plastia gástrica.

se consigue pasar con dificultad con el endoscopio (Figura 1). Se realiza dilatación endoscópica con balón hidroneumático sin éxito clínico.

Se decide conjuntamente con equipo de Cirugía General intento de colocación de endoprótesis metálica. Se realiza nueva EDA con posicionamiento de prótesis esofágica autoexpandible parcialmente recubierta tipo Wallflex, consiguiéndose introducir con dificultad el extremo distal en duodeno. Se libera con control endoscópico y radiológico quedando correctamente posicionada (Figuras 2 y 3).

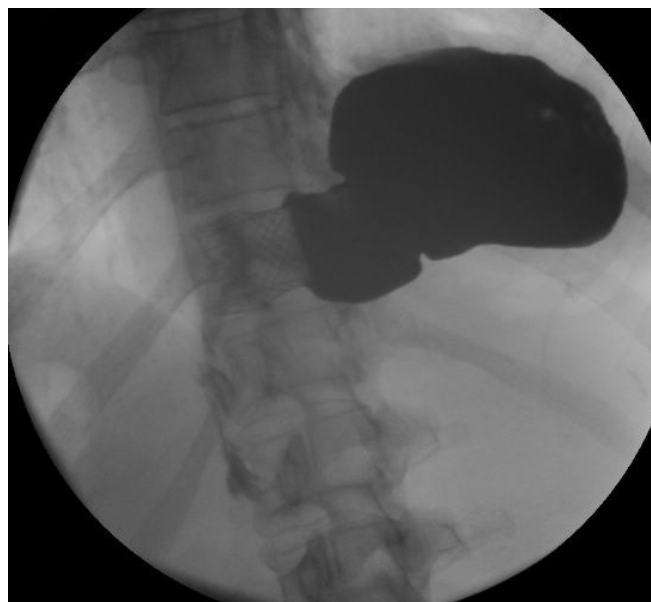


FIGURA 2

Tránsito gastrointestinal con bario mostrando relleno de plastia gástrica y prótesis endoscópica.



FIGURA 3

TC mostrando endoprótesis con extremo proximal en plastia gástrica y extremo distal en duodeno.

Evolución favorable tras colocación de endoprótesis, tolerando adecuadamente dieta oral triturada y líquida.

Discusión

Aunque el manejo del cáncer de esófago es multidisciplinar, la cirugía sigue siendo un pilar básico en el tratamiento curativo de la enfermedad. Hoy en día, la cirugía esofágica es técnicamente demandante y asocia una morbilidad significativa.

La endoscopia puede constituir una herramienta útil en el manejo de las complicaciones de la cirugía esofágica. Las endoprótesis cobran cada vez más protagonismo en el manejo de las dehiscencias de sutura tras la esofagectomía de Ivor-Lewis, pero también pueden resultar eficaces en el abordaje de otras complicaciones de la cirugía esofágica, como se refleja en el caso de nuestra paciente.

CP-048. UN PÓLIPO QUE PUEDE PASAR DESAPERCIBIDO: TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL.

APARICIO SERRANO A, GÓMEZ PÉREZ A, ZAMORA OLAYA JM, BENÍTEZ JM, JURADO GARCÍA J

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) rectales constituyen el 17,7% del total de los TNE y su incidencia está aumentando. Se trata generalmente de tumoraciones únicas y pequeñas, redondeadas, de consistencia blanda, recubiertas de una mucosa de color normal o amarillenta. Se diagnostican más frecuentemente en pacientes asintomáticos durante una colonoscopia de cribado o por estudio de otra patología colorrectal.

Caso clínico

Varón de 62 años, sometido a colonoscopia tras un resultado positivo de un test de SOH realizado dentro del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal. Durante la misma se resecan varios pólipos colónicos con histología de adenomas con displasia de bajo grado, así como una lesión en recto inferior de aspecto submucoso con pequeña escotadura en la superficie de unos 6 mm de tamaño (Figura 1), sin ningún patrón típico de superficie al examen con NBI. Se toman biopsias con resultados compatibles con TNE bien diferenciado (G1) submucoso e inmunohistoquímica positiva para citoqueratina AE1/AE3 y sinaptofisina, y negativo para cromogranina y con Ki67 <2%. Posteriormente, se sometió a una rectosigmoidoscopia en la que se realizó mucosectomía asistida con bandas (Figura 2), quedando una escara limpia que se cerró con clip y cuyo fragmento confirmó los hallazgos anatomopatológicos.

Discusión

Los TNE rectales han sido considerados clásicamente un tipo poco frecuente de neoplasia rectal; sin embargo, constituyen un hallazgo cada vez más habitual en la práctica clínica. Aunque puede provocar sangrado rectal, dolor o cambios del ritmo intestinal, la mayoría cursan de forma silente y se descubren incidentalmente. Ello se debe en gran medida a la amplia implementación de las pruebas endoscópicas, las campañas de cribado del cáncer colorrectal y la mayor disponibilidad de los marcadores neuroendocrinos en los estudios histológicos. La principal prueba diagnóstica en estos casos es la colonoscopia, pues la mayoría de estos tumores se localizan entre los 5 y 10 cm desde el margen anal. La resección endoscópica mucosa ha mostrado tasas de resección variables, pero

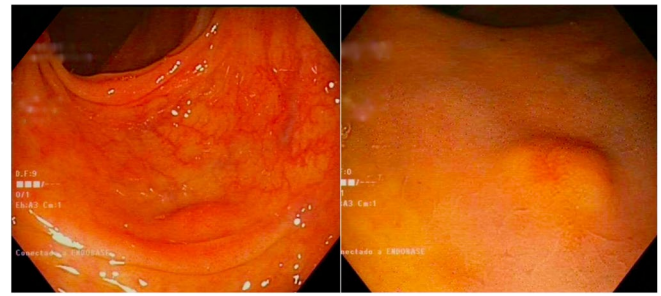


FIGURA 1

Colonoscopia de cribado. Lesión de aspecto submucoso con pequeña escotadura en la superficie de unos 6 mm de diámetro en recto inferior.

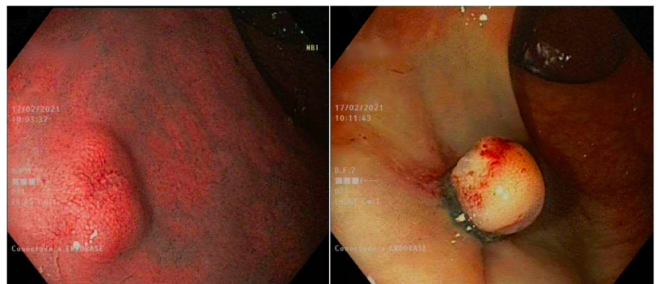


FIGURA 2

Rectosigmoidoscopia. A la izquierda, se observa cómo la lesión no seguía ningún patrón por NBI. A la derecha, realización de mucosectomía asistida con bandas.

modificaciones técnicas como la ligadura con bandas elásticas han mejorado los resultados. El tratamiento endoscópico se considera curativo en caso de resección radical de lesiones <1 cm y T1, G1-2.

CP-049. VÓLVULO GÁSTRICO SOBRE HERNIA DE HIATO

LORENZO GONZÁLEZ L, BELVIS JIMÉNEZ M, GUERRA VELOZ MF, MALDONADO PÉREZ MB, HERGUETA DELGADO P

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

Introducción

El vólvulo gástrico es una entidad clínica infrecuente originada por el giro del estómago sobre su propio eje. La mayoría de los vólvulos gástricos aparecen en adultos mayores de 50 años, asociados a factores predisponentes como alteraciones anatómicas diafragmáticas, la parálisis del nervio frénico o cifoescoliosis.

Caso clínico

Varón de 71 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta por cuadro de dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos en posos de café de 24 horas de evolución. Niega consumo



FIGURA 1

Isquemia de saco herniario.

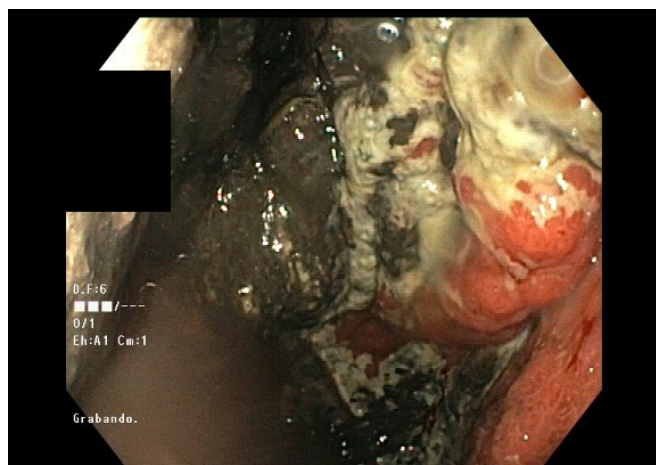


FIGURA 2

Saco herniario con mucosa ulcerada de aspecto isquémico.

de AINES. La exploración física es anodina y el hemograma solo muestra ligera leucocitosis, sin anemia. Se realiza gastroscopia urgente donde se objetiva hernia hiato de gran tamaño en torno a 5-6 cms con ulceraciones en la mucosa que no puede ser correctamente visualizada por restos hemáticos parcialmente digeridos, sin otras alteraciones. El paciente se mantiene estable hemodinámicamente sin repetir episodios de hematemesis ni anemia en analítica. Se decide solicitar TC toracoabdominal y nueva gastroscopia para mejor visualización de lesiones. En gastroscopia de control, presenta en saco herniario grandes ulceraciones confluyentes, con áreas de fibrina y grandes placas necróticas, de aspecto isquémico. En TC se aprecia una compleja hernia de hiato con la mayor parte de la cámara gástrica alojada en tórax con conformación anatómica sugerente de volvulación del fundus y con gas en pared de fundus/cuerpo que podría sugerir isquemia o necrosis. Además, se observan adenopatías en la grasa omental herniada con derrame pleural izquierdo y atelectasia pulmonar. Tras valoración en comité multidisciplinar medicoquirúrgico esofagogástrico, se decide intervención



FIGURA 3

TC de tórax y abdomen donde se aprecia gran hernia hiatal en tórax.

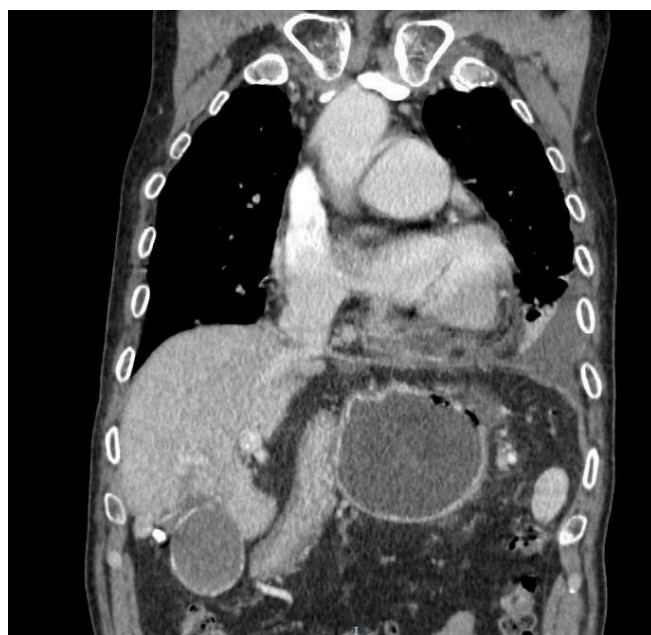


FIGURA 4

TC de tórax y abdomen donde se aprecia neumatosi en pared gástrica.

quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía con esofagectomía distal más hemigastrectomía craneal para posteriormente mediante toracotomía realizar anastomosis esófago-gástrica T-L manual. Durante la cirugía se aprecia dislaceración esofágica e isquemia de la unión gastroesofágica. El paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía.

Discusión

El vólvulo gástrico está ocasionado por la rotación anormal del estómago alrededor de un eje, pudiendo ocasionar estrangulamiento, necrosis o incluso perforación. El vólvulo gástrico más frecuente es el órgano-axial. La presentación clínica más habitual es aguda con dolor abdominal intenso y vómitos. La isquemia y necrosis de la unión esófago-gástrica secundaria a una hernia hiatal encarcelada es una situación de emergencia extremadamente infrecuente con muy pocos casos descritos en la literatura. Presenta una elevada morbimortalidad y que requiere de un diagnóstico e intervención quirúrgica precoces.

CP-050. VÓLVULO GÁSTRICO: ¿QUÉ PAPEL TIENE LA ENDOSCOPIA?

APARICIO SERRANO A, ZAMORA OLAYA JM, GÓMEZ PÉREZ A, SANTOS LUCIO A, JURADO GARCÍA J

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

El vólvulo gástrico consiste en la rotación del estómago sobre su propio eje (longitudinal o transversal) que ocasiona obstrucción e isquemia por estrangulación.

Caso clínico

Varón de 54 años con antecedente de hernia de hiato de gran tamaño de componente mixto, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de varios días de evolución. Se realiza tomografía computarizada (TC) urgente en la que se objetiva parte de estómago herniado en cavidad torácica, existiendo rotación del mismo y parte del duodeno contenido en la hernia torácica junto a escaso líquido libre (**Figura 1**). Inicialmente, se coloca sonda nasogástrica (SNG) y se administra fluidoterapia y antibioterapia. Se solicita endoscopia digestiva alta programada en la que se objetiva cámara gástrica con áreas de isquemia y zonas necróticas (**Figuras 2 y 3**). No se alcanza bulbo duodenal al bucearse el endoscopio en el saco herniario. Se completa estudio con tránsito baritado y nueva tomografía de control, que identifican cámara gástrica distendida con presencia de nivel líquido previo a la exploración así como la herniación y volvulación gástrica con un calibre similar a estudio previo. Tampoco se observaba paso de contraste al duodeno. Ante estos hallazgos, se decide realización de cirugía urgente, con colocación de malla, técnica de Dor y derivación en Y de Roux transmesocólica. Como incidencia postoperatoria, el paciente presentó episodio de melenas al cuarto día, probablemente por descamación de mucosa gástrica y que se autolimitó tras 48 horas, siendo la evolución posterior satisfactoria.

Discusión

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente, con una mortalidad elevada si existe retraso diagnóstico y/o terapéutico. El más frecuente es el secundario, y entre sus causas en adultos predomina la hernia paraesofágica.

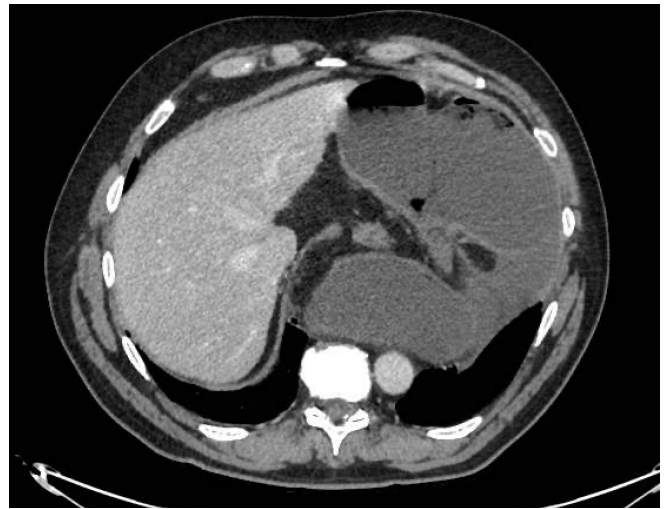


FIGURA 1

TC con contraste IV urgente. Se objetiva parte de estómago herniado en cavidad torácica, con rotación del mismo y parte del duodeno contenido en la hernia torácica, siendo estos hallazgos sugestivos de vólvulo gástrico. Además, existía líquido libre en espacio periesplénico y perigástrico.

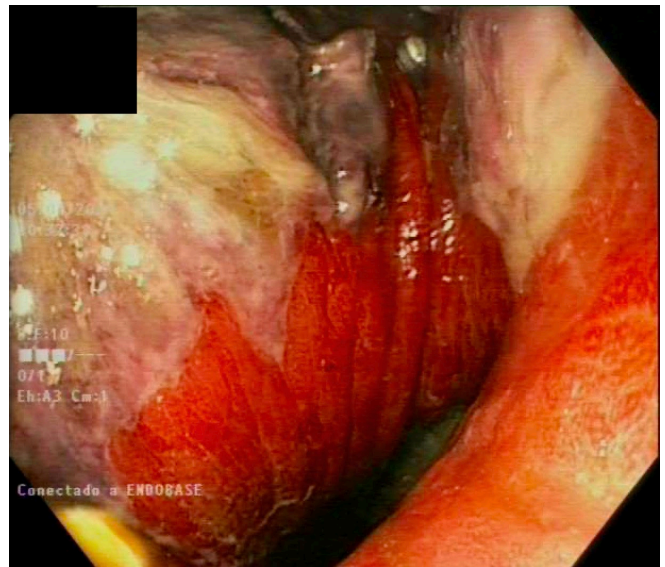


FIGURA 2

Endoscopia digestiva alta. Tras sobrepasar transición esofagagástrica, se objetiva un tabique grueso que podría corresponder con la impronta diafragmática. En una de las vertientes del tabique se pasa a cámara gástrica, que presenta áreas de isquemia y zonas necróticas.

Ante un vólvulo gástrico, se plantearía endoscopia urgente si no se consigue una adecuada colocación de SNG y descompresión gástrica, pero no con el objetivo de devolvular de manera urgente sino de descomprimir. Si a pesar de SNG y descompresión, la evolución fuese tórpida (shock, dolor epigástrico persistente...), la endoscopia podría valorar signos de isquemia no patentes en TC, que si existieran serían indicación de cirugía.

La endoscopia diferida durante el ingreso, en cambio, tendría como finalidad la devolvulación en pacientes estables con alto riesgo quirúrgico sin evidencia de isquemia, necrosis o perforación. En

ese caso, se acompañaría de pexias de pared gástrica anterior con pared abdominal. Sin embargo, el tratamiento definitivo del vólvulo secundario es exclusivamente quirúrgico.

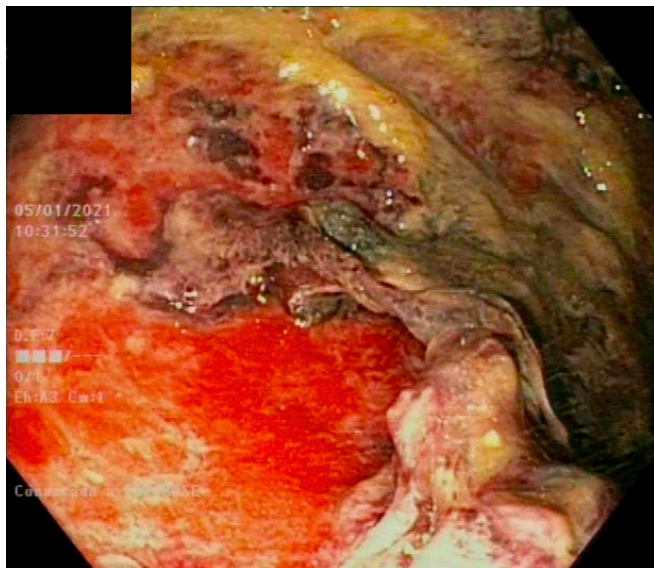


FIGURA 3

Endoscopia digestiva alta. Tras sobrepasar transición esofagogástrica, se objetiva un tabique grueso que podría corresponder con la impronta diafragmática. En una de las vertientes del tabique se pasa a cámara gástrica, que presenta áreas de isquemia y zonas necróticas.