XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PROGRAMA Y LIBRO DE COMUNICACIONES

SEVILLA 2014

6/8 NOVIEMBRE

ÍNDICE

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE**

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Sevilla, del 6 al 8 de Noviembre de 2014

Saludo 5
Junta Directiva de la S.E.E.D. 6
Comité Científico de la S.E.E.D. 7
Entidades Colaboradoras 8
Programa XXXVI Jornada:
Jueves, 6 Noviembre 9
Viernes, 7 Noviembre 16
Sábado, 8 Noviembre 25
Resúmenes:
Casos Endoscópicos 29
Endoscopia digestiva alta y hemorragia 31
Intestino delgado, enteroscopia, cápsula, otros (sedación,...) 37
Colon, endoscopia digestiva baja 40
CPRE, prótesis, notes 47
Ecoendoscopia 58
Videoforum 61
Endoscopia digestiva alta y hemorragia 63
Colon, endoscopia digestiva baja 64
CPRE, prótesis, notes 70
Ecoendoscopia 76
Mesa de Comunicaciones 79
Endoscopia digestiva alta y hemorragia 81
Intestino delgado, enteroscopia, cápsula, otros (sedación,...) 87
Colon, endoscopia digestiva baja 90
CPRE, prótesis, notes 100
Ecoendoscopia 109
Pósters 115
Endoscopia digestiva alta y hemorragia 117
Intestino delgado, enteroscopia, cápsula, otros (sedación,...) 196
Colon, endoscopia digestiva baja 210
CPRE, prótesis, notes 273
Ecoendoscopia 302
Índice de autores 327

SALUDO

La junta directiva de la SEED

da la bienvenida a Sevilla a todos los congresistas

de esta XXXVI Jornada Nacional de

Endoscopia Digestiva y agradece el incondicional apoyo

de la industria endoscópica

para que esta edición haya sido posible.

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

Dr. Leopoldo López Roses

VICEPRESIDENTE

Dr. Ferrán González-Huix Llado

SECRETARIO

Dr. Pedro A. Alonso Aguirre

VICESECRETARIO

Dr. Jesús García-Cano Lizcana

TESORERA

Dra. Maite Herraiz Bayod

VOCALES

Dra. Gloria Fernández Esparrach

Dr. Vicente Pons Beltrán

Dr. Francisco Pérez Roldán

Dr. Andrés Sánchez Yagüe

Dra. Akiko Ono

PAST-PRESIDENT

Dr. Enrique Vázquez Sequeiros

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Dr. Enrique Vázquez Sequeiros

VOCALES

Dr. Rafael Campo Fernández de los Ríos

Dr. Javier Fernández Seara

Dra. Montserrat Figa Francesch

Dr. Enrique Pérez Cuadrado

Dra. Begoña González

Dra. Cristina Carretero

Dra. María Pellisé

Dr. Alberto Herreros de Tejada

Dra. Lidia Argüello Viúdez

Dr. Joaquín de la Peña García

Dr. Manuel Pérez Miranda

Dr. Josép Llach Vila

Dra. Cecilia González Asanza

Dra. Ángels Ginés Gibert

Dr. Joan Gornals Soler

Dr. José Carlos Subtil Íñigo

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPO PACÍFICO

C/ Marià Cubi, 4 | 08006 | Barcelona

Tel. 932 388 777 – Fax 93 238 74 88

seed2014@pacifico-meetings.com

ENTIDADES COLABORADORAS

PROGRAMA JORNADA: JUEVES 6 NOVIEMBRE 2014

11:00-12:00 **ENTREGA DOCUMENTACIÓN CURSO RESIDENTES**

12:00-13:30 **CURSO RESIDENTES** (1ª parte) SESIÓN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA
Auditorio Itálica
Coordinador: Dr. Guillermo Cacho Acosta

1. Seguimiento de Colitis Ulcerosa
Residente: Dra. Elisabeth López
Adjunto coordinador: Dr. Eduardo Redondo
H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

2. Pólipos de glándulas fúndicas: actitud a seguir
Residente: Dr. Adalberto Rincón Gatica
Adjunto coordinador: Dra. Mª. Ángeles Pizarro Moreno
H. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

3. Anisakidosis
Residente: Dr. Carlos González Alayón
Adjunto coordinador: Dra. María Pleguezuelo Navarro
H. Universitario Reina Sofía, Córdoba

4. Cápsula endoscópica en la enfermedad de Crohn ya sospechada
Residente: Dr. Alejandro Viejo Almanzor
Adjunto coordinador: Dr. Alfredo Abraldes Bechiarelli
H. Universitario Puerta del Mar, Cádiz

5. Colonoscopia de calidad: Clasificación de Paris en la práctica habitual
Residente: Dr. Tomás García Guerrero
Adjunto coordinador: Dr. Carlos Jiménez Jaén
Hospital Infanta Cristina, Servicio Extremeño de Salud. Badajoz

13:30-14:00 **BREAK LUNCH**

14:00-15:30 **CURSO RESIDENTES** (2ª parte) SESIÓN ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
Auditorio Itálica
Coordinador: Dr. Fernando Alberca de las Parras

1. Polipectomía de pólipos pequeños: pinza fría/caliente, asa fría/caliente, mirar y no resecar: momento actual
Residente: Dr. Lissette Altagracia Batista Pérez
Adjunto coordinador: Dra. Carme Loras
Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona

2. Lugar actual de las prótesis esofágicas en patología benigna
Residente: Carolina González Arjona
Adjunto coordinador: Dr. Luis Vázquez Pedreño
Hospital Regional de Málaga Carlos Haya

3. Diagnóstico y Tratamiento del GAVE
Residente: Dra. María José García García
Adjunto coordinador: Dr. Álvaro Terán
H. Marqués de Valdecilla. Santander

4. Prótesis biliares autoexpandibles en patología benigna: indicaciones, evidencia
Residente: Dra. Gemma Ibáñez Sanz
Adjunto coordinador: Dr. Joan Gornals
H de Bellvitge. Barcelona

5. Achalasia y su tratamiento endoscópico. Cuando sí y cuándo no tratar
Residente: Dra. Raquel Calle Sanz
Adjunto coordinador: Dr. Carlos Ortiz
Hospital Valme. Sevilla

15:30-16:00 ENTREGA DOCUMENTACION JORNADA

16:00-17:30 CASOS ENDOSCOPICOS I
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Alberto Herreros de Tejada y Dra. Begoña González

CE-01 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA PERFORACIÓN DUODENAL POST CPRE
CPRE, PRÓTESIS, NOTES
Castro, Aldo; Calderón, Ángel; Díaz, Ana; Bravo, María Teresa; Merino, Ainara; Orive, Víctor

CE-02 DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE) EN CONDICIONES DIFÍCILES: LST-NG EN COLON ASCENDENTE CON INTENSA FIBROSIS SUBMUCOSA POR INTENTO PREVIO DE MUCOSECTOMÍA Y HEMATOMA
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Marín-Gabriel, José C.; Díaz-Tasende, José B.; Rodríguez-Alcalde, Daniel; López-Vicente, Jorge; Cancelas-Navía, Pilar; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio; Del Pozo-García, Andrés J.; Alonso-Riaño, Marina; Colina-Ruizdelgado, Francisco; Castellano-Tortajada, Gregorio

CE-03 MANEJO ENDOSCÓPICO INUSUAL DE FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL REFRACTARIA
CPRE, PRÓTESIS, NOTES
Fernández-Urien, Ignacio; Lezaun, Román; Miranda, María Del Coro; Hernández, María; Laínez, Baltasar; Vila, Juan José; Jiménez, Francisco Javier

CE-04 UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA USE-PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS PORTAL TUMORAL
ECOENDOSCOPIA
Aparicio Tormo, José Ramón; López, Eduardo; Martínez, Juan; Ruiz, Francisco; Compañy, Luis; Casellas, Juan Antonio

CE-05 CAVITACIÓN Y FÍSTULA ENTEROCÓLICA DE GRAN CALIBRE SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE COLON IZQUIERDO
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Pérez Valderas, M. Dolores; Nogales Rincón, Oscar; Ahumada Jiménez, Adriana; López Ibáñez, María; Padilla Suárez, Camilo; Pérez Carazo, Leticia; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro

CE-06 FÍSTULA AURÍCULO-ESOFÁGICA TRAS ABLACIÓN CARDÍACA: TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS
CPRE, PRÓTESIS, NOTES
Alonso Aguirre, Pedro Antonio; González Conde, Benito; Estévez Prieto, Emilio; Couto Worner, Ignacio

CE-07 EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN UNA COLONOSCOPIA DE CRIBADO
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Pantaleón, Miguel; García-Rodríguez, Ana; Zaffalon, Diana; Márquez, Laura; Fernández, Agnes; Raga, Agnes; Seoane, Agustín; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Riu, Faust; Álvarez, Marco Antonio

CE-08 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR EN HIPOFARINGE ABOCADA A ORIFICIO CUTÁNEO TRAS CIRUGÍA URGENTE DE NECROSIS ESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA DE CAÚSTICOS
CPRE, PRÓTESIS, NOTES
Castillo Pradillo, Marta; Nogales Rincón, Oscar; Ávila Alegría, Juan Carlos; Clemente Sánchez, Ana; Díaz Ruiz, Raquel; Lastra Andrade, Paola; Sanjuan Acosta, Mileidis; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro

CE-09 ANISAKIASIS DE COLON COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Riu, Faust; Gimeno, Javier; Álvarez, Marco Antonio; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Pantaleón, Miguel; Albero, Raquel; Bory, Felipe; Seoane, Agustín

CE-10 ABLACIÓN ENDOSCÓPICA CON RADIOFRECUENCIA HALO 90 EN ECTASIA VASCULAR ANTRAL (GAVE) REFRACTARIA A APC EN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Ibáñez Sanz, Gemma; Rivas, Laura; Consiglieri, Claudia F; Melilli, Eduardo; Baliellas, Carme; Guardiola, Jordi; Salord, Silvia; Pons, Carles; Gornals, Joan B.

CE-11 C.P.R.E. EN PACIENTE CON DIVERTÍCULO DE ZENKER

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

De La Morena Madrigal, Emilio

CE-12 PÓLIPO SESIL GIGANTE EN COLON DERECHO ¿POR QUÉ REALIZAR RETROVERSIÓN EN COLON ASCENDENTE?

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Ramos, Felipe; Moreno, Luis; García-Mayor, Mª Ángeles; Gento, Elena; Gil, Cristina; Beleta, Esther; Minguillan, Javier; Matas, José Luis; Gongorra, Andrea

17:30-18:00 **COFFEE BREAK**

18:00-20:00 **CASOS ENDOSCOPICOS II**
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Fernando Alberca y José Carlos Subtil

CE-13 NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Adán Merino, Luisa; Fortea Ormaechea, José Ignacio; Ponferrada Díaz, Ángel; Aldeguer Martínez, Mercedes; Lozano Maya, Mar; Plaza Santos, Rocío; Martín Chavarri, Sonia; Carrión Alonso, Gemma; Barrio Antoranz, José; Villa, Carlos; Barceló, Marta

CE-14 PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y MEDIASTINITIS POR IMPACTACIÓN DE HUESO AFILADO: EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA CON PINZA Y CAPUCHÓN HOOD

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Consiglieri Alvarado, Claudia F; De La Hera Justicia, Meritxell; Sánchez, Lia Tamar; Ibáñez Sanz, Gemma; Pon, Carles; Gornals, Joan B.

CE-15 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A UN GIST GÁSTRICO TRATADA MEDIANTE ETANOLIZACIÓN

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Valdivielso Cortázar, Eduardo; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Francisco Javier; Juanmartiñena, José Francisco; Iriarte, Ainara; Cebrián, Alba; Sainza, Elisabeth; Saldaña, Cristina; Bolado, Federico; Zozaya, José Manuel

CE-16 DISECCIÓN SUBMUCOSA DE LIPOMA GÁSTRICO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Cebrián, Alba; Jiménez, Francisco Javier; Fernández-Urien, Ignacio; Vila, Juan José; Valdivielso, Eduardo; Iriarte, Ainara; Saldaña, Cristina; Urman, Jesús; Sainza, Elisabeth

CE-17 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER UTILIZANDO "HOOK KNIFE"

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Chacchi Cahuín, Rocío; Dolz Abadía, Carlos; Vilella Martorell, Ángels; Balza Lareu, Nelly; Andreu Serra, Hernan; Escudero Roldán, María; Riera Oliver, Joan; Garau Colom, Catalina; Brotons García, Álvaro; Rull Murillo, Nuria; Amado Villanueva, Natalia

CE-18 COLOCACIÓN DE PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLE METÁLICA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS GASTRECTOMÍA TUBULAR (SLEEVE GASTRECTOMY)

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Aguilar Urbano, Víctor Manuel; García Fernández, Gregorio; De Sola Earle, Carlos M.

CE-19 HALLAZGOS ECOENDOSCÓPICOS EN LA INFESTACIÓN POR ANISAKIS

ECOENDOSCOPIA

Arranz Álvarez, María; Mateos Sánchez, Patricia; Martínez Sánchez, Alba; Sánchez Ceballos, Francisco Luis; Sevilla Mantilla, Concepción; Rey Díaz-Rubio, Enrique; Esteban López-Jamar, José Miguel

CE-20 QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL CON PAPILA INCLUIDA

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Iriarte, Ainara; Valdivielso, Eduardo; Sainza, Elisabeth; Cebrián, Alba; Saldaña, Cristina; Bolado, Federico; Urman, Jesús; Ruiz Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Jiménez, Francisco J; Vila, Juan J.

CE-21 DIAGNÓSTICO ATÍPICO MEDIANTE CÁPSULA ENDOSCÓPICA: ENFERMEDAD DE WHIPPLE

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

Martínez Sánchez, Alba; Arranz Álvarez, María; Mateos Sánchez, Patricia; Baki Mohamed, Walid; Asteinza Daganzo, Matilde; Esteban López-Jamar, José Miguel; Rey Díaz-Rubio, Enrique

CE-22 ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA CON CONTRASTE (USE-C) Y CON PUNCIÓN (USE-PAAF) EN UN CASO DE PANCREATITIS DEL SURCO

ECOENDOSCOPIA

Romero Romero, Esteban; Pérez Carreras, Mercedes; Garrido Gallego, Francisco; Pérez Barrios, Andrés; López Martínez, Cristina; De Las Heras Páez, Berta; Sáenz López, Sonia; Díaz Tasende, José; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Castellano Tortajada, Gregorio

CE-23 HEMORRAGIA SEVERA DIFERIDA POST-DRENAJE TRANSMURAL CON PRÓTESIS METÁLICA DE NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA (WOPN) TRATADA MEDIANTE EMBOLIZACIÓN Y NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POR IRRIGACIÓN

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Huertas Nadal, Carlos; Consiglieri, Claudia; De La Hera, Meritxell; Sánchez, Lia Tamar; Pons, Carles; Salord, Silvia; Gornals, Joan B.

CE-24 HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE POR GIST YEYUNAL EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA. DIAGNÓSTICO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

García, Natalia; Moreno, Oswaldo; Gálvez, Consuelo; Peña, Andrés; Sanchiz, Vicente; Villagrasa, Rosa Ana; Mora, Francisco

CE-25 COLEDOCOLITIASIS DE GRAN TAMAÑO RESUELTA MEDIANTE LA COMBINACIÓN DE LITOTRICIA EXTRACORPÓREA Y CPRE

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Zozaya, Francisco Javier; Marra, Carlos; Enciso, Carlos; Urtasun, Leire; Ganchegui, Idoia; Larrinaga, Jon; Orive, Aitor

CE-26 TUMORES DE INTESTINO DELGADO DIAGNOSTICADOS MEDIANTE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

Jamanca Poma, Yuliana; Sánchez Garrido, Ana; Piñero, María Concepción; Mora, Ana; Acosta, Rosa; Revilla, Cristina; Pérez, Dany; Rodríguez, Antonio

CE-27 HEMOSPRAY: UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA INCOERCIBLE

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Satorres Paniagua, Carla; Alonso Lázaro, Noelia; Ponce Romero, Marta; Argüello Viúdez, Lidia; Bustamante Balén, Marco; Pons Beltrán, Vicente

CE-28 COLITIS COLÁGENA SEVERA Y PERFORACIÓN POST COLONOSCOPIA

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Muñoz Tornero, María; Jijón, Roxanna Elisabeth; Carrilero Zaragoza, Gabriel; Sánchez Torres, Antonio; Antón Ródenas, Gonzalo; Álvarez Higueras, Francisco Javier; Martínez Pascual, Cristina; Egea Valenzuela, Juan; Alberca De Las Parras, Fernando; Carballo Álvarez, Luis Fernando

08:30-09:40 **VIDEOFORUM I**

Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Dr. Josép Llach y Enrique Pérez Cuadrado

V-01 DRENAJE TRANSGÁSTRICO GUIADO POR USE DE COLECCIÓN PERIPANCREÁTICA CON BYPASS ARTERIAL INCLUIDO

ECOENDOSCOPIA

Vila, Juan J; Iriarte, Ainara; Valdivielso, Eduardo; Vallejo, Nicolau; González De La Higuera, Belén; Ruiz-Clavijo, David; Casi, María Ángeles; Bolado, Federico; Prieto, Carlos; Albéniz, Eduardo; Jiménez, Francisco Javier

V-02 RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA SOBRE VÁLVULA ILEOCECAL. UTILIDAD DEL COLONOSCOPIO RETROVIEW (REM-CR)

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Ramos, Felipe; Moreno, Luis; Gil, Cristina; Gento, Elena; Beleta, Esther; Matas, José Luis; Minguillan, Javier; García-Mayor, Mª Ángeles; Gongorra, Andrea

V-03 ESFINTEROTOMÍA ANTERÓGRADA MEDIANTE COLANGIOSCOPIA PERORAL TRANSHEPÁTICA

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón; Peñas, Irene; Santos Santamarta, Fernando; García Guerrero, Tomás; González Redondo, Guillermo; Gil Simón, Paula; Núñez Rodríguez, Henar; Díez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda Castillo, Manuel

V-04 YEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (YEP) AL ASA AFERENTE PARA ENDOTERAPIA TRANSPROSTÉTICA (PATENT) MEDIANTE COLANGIOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN DOBLE Y DE ROUX

CPRE, PROTESIS, NOTES

Busto Bea, Víctoria; González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Peñas Herrero, Irene; Díez Redondo, Pilar; Núñez, Henar; Gil Simón, Paula; De La Serna-Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel

V-05 RESECCIÓN DE TUMORES GASTROINTESTINALES DE GRAN TAMAÑO CON ENDOLOOP: "LOOP AND LET GO"

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Vargas García, Alba L; Oriol, Miquel; Figa, Montserrat; Alburquerque, Marco; González-Huix, Ferrán

V-06 TRATAMIENTO DE LITIASIS COMPLEJA EN PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE (PCC) CON LITOTRICIA ELECTROHIDRAÚLICA (LHE) GUIADA POR PANCREATOSCOPIA

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Puchades Renau, Lorena; Alonso Lázaro, Noelia; Argüello Viúdez, Lidia; Ponce Romero, Marta; Bustamante Balén, Marco; Pons Beltrán, Vicente

V-07 RESECCIONES MUCOSAS ENDOSCÓPICAS DIFICULTOSAS CONSEGUIDAS GRACIAS A CAPUCHÓN

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Albéniz Arbizu, Eduardo; Fraile González, María; León Brito, Helena; Areste Anduaga, Irene; Zúñiga Ripa, Alba; Ruiz-Clavijo García, David; Estremera Arévalo, Fermín; Eguaras Ros, Javier; Pueyo Royo, Antonio; Jiménez Pérez, Javier; Guerra Lacunza, Ana

V-08 RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LAS PRÓTESIS PANCREÁTICAS

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Vila, Juan J; Vallejo, Nicolás; Valdivielso, Eduardo; Iriarte, Ainara; Cebrián, Alba; Sainza, Elisabeth; González De La Higuera, Belén; Ruiz Clavijo, David; Eguaras, Javier; Fernández Urién, Iñaki; Jiménez, Francisco J.

09:40-10:00 **SELECCIÓN DE PÓSTERS**
Hall Cúpula

Moderadores : Diego Juzgado Lucas y Dr. Manuel Rodríguez Téllez

10:00-10:30 **COFFEE BREAK**
Cúpula y Halls

10:30-10:45 **INAUGURACIÓN OFICIAL**
Auditorio Al-Ándalus

10:45-11:45 **SYMPOSIO CASEN RECORDATI**
Auditorio Al-Ándalus

NUEVOS REGÍMENES DE PREPARACIÓN COLÓNICA

Moderador: Dr. José Luis Calleja Panero

Eficacia seguridad de las pautas cortas de preparación para colonoscopia

Dr. Federico Argüelles

Factores predictores de mala preparación

Dra. Akiko Ono

Herramientas para optimizar la preparación para colonoscopia
Dr. Alberto Herreros de Tejada

11:45-13:25 MESA COMUNICACIONES I
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Lidia Argüello y Enrique Pérez Cuadrado

CO-01 FORMACIÓN EXPERIMENTAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA
Fernández, Miguel; Mateos, José María; Soria, Federico; Morcillo, Esther; Boix, Jaume; Rodríguez, Sarbelio; Marín, José Carlos; Fernández, Servando; Santander, Cecilio; Sánchez-Margallo, Francisco Miguel

CO-02 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA OBESIDAD
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA
Espinet Coll, Eduardo; Nebreda, Javier; López-Nava, Gontrand; Ducóns, Julio; Rodríguez Téllez, Manuel; Crespo, Javier; Marra-López, Carlos

CO-03 ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD: SEDACIÓN POR ENDOSCOPISTA VS ANESTESISTA EN PACIENTES ASA I-III
INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)
Riesco, José María; García, Pedro; Rizo, Juana; Díaz, Antonio; Rivero, Miguel; Manzano, Rebeca; Moya, Eloísa; González, Rosario; Campos, Rocío

CO-04 ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA DE RUTINA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA CONFIRMADA RADIOLÓGICAMENTE POR TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA. ¿EN QUIÉN Y CUÁNDO ESTÁ INDICADA?
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Zaffalón, Diana; Riu, Faust; Álvarez, Marco Antonio; Dedeu, Josép María; Pantaleón, Miguel; Bory, Felipe; Barranco, Luis; Seoane, Agustín

CO-05 HALLAZGOS EN LAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS AL AÑO TRAS LA EXTIRPACIÓN PREVIA DE ADENOMAS DE ALTO RIESGO EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR. ¿SE PUEDE ALARGAR ESTE INTERVALO?
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Gómez, Marta; Carrascosa, Juan; Basterra, Marta; Calderón, María Del Rosario

CO-06 APRENDIZAJE EX-VIVO CLASIFICACIÓN NICE EN POLIPOS COLÓNICOS DIMINUTOS

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Huerta, Alain; Bernal, Antonio; Martínez, Javier; Rodríguez, Iago; Moraleja, Irene; Navajas, María; López, María; Bridet, Lionel; Rocha, Astrid; Torres, Soraya; Cabriada, José Luis

CO-07 TRATAMIENTO DE LA DISRUPCIÓN DUCTAL PANCREÁTICA MEDIANTE PRÓTESIS TRANSPAPILAR: ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO TERAPÉUTICO

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Vila, Juan J; Ruiz-Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Valdivielso, Eduardo; Prieto, Carlos; Casi, María Ángeles; Bolado, Federico; Urman, Jesús; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Fº Javier

CO-08 ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS DE GRAN TAMAÑO (CGT) MEDIANTE PAPILOPLASTIA CON BALÓN (PCB)?

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Tavío, Eduardo; Vázquez, Enrique; Rodríguez, Enrique; González, Juan Ángel; Foruny, José Ramón; Benita, Vicente; Defarges, Víctor; Boixeda, Daniel; Albillos, Agustín

CO-09 HISTORIA NATURAL DE LOS TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS: CRITERIOS CLÍNICOS Y ECOENDOSCÓPICOS DE MALA EVOLUCIÓN

ECOENDOSCOPIA

Padilla Suárez, Camilo; González Asanza, Cecilia; Merino Rodríguez, Beatriz; Klimova, Katerina; Carbonell Blanco, Carlos; Ávila Alegría, Juan Carlos; Martínez, Helena; Nogales Rincón, Oscar; García Lledó, Javier; Menchén Fernández Pacheco, Pedro

CO-10 PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL: INDICACIONES Y RESULTADOS EN PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Peñas Herrero, Irene; González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Busto Bea, Víctoria; Loza Vargas, Andrea; Amo Alonso, Rebeca; Gil-Simón, Paula; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel

13:25-13:35 **MINICONFERENCIA I**
Auditorio Al-Ándalus

Tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta
Lidia Argüello

13:35-14:00 **ESPACIO FUNDACION SEED**
Auditorio Al-Ándalus

14:00-15:20 **ALMUERZO**
Salón Albaicín

15:20-16:30 **VIDEOFORUM II**
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Ángels Gines y Joaquín de la Peña

V-09 EXTRACCIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA DE PRÓTESIS METÁLICA DE QUISTOGASTROSTOMÍA EN POSICIÓN RETROGÁSTRICA POR MIGRACIÓN INTERNA DIFERIDA
ECOENDOSCOPIA
Santos Santamarta, Fernando; Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón; Peñas Herrero, Irene; Ruiz Adrados, Beatriz; Gil Simón, Paula; Barrio Andrés, Jesús; Diez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda Castillo, Manuel

V-10 SB-KNIFE JR TYPE: UN NUEVO INSTRUMENTO DISEÑADO ESPECÍFICAMENTE PARA LA DSE COLORECTAL
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Del Pozo García, Andrés; Marín Gabriel, José Carlos; Díaz Tasende, José; Sánchez Gómez, Fernando; Pérez Carreras, Mercedes; Castellano Tortajada, Gregorio

V-11 CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESOFÁGICA ANASTOMÓTICA REFRACTARIA MEDIANTE TRATAMIENTO SERIADO COMBINANDO PRÓTESIS ESOFÁGICAS CUBIERTAS, CLIP OVESCO®, Y HEMOCLIPS
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA
Santos Santamarta, Fernando; Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón; González Redondo, Guillermo; Amo Alonso, Rebeca; Loza Vargas, Luz Andrés; Peñas Herrero, Irene; Núñez Rodríguez, Henar; Díez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel

V-12 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS POSTQUIRÚRGICA DE ANASTOMOSIS COLORECTAL: ELECTROINCISIÓN CON IT-KNIFE Y DILATACIÓN CON BALÓN

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

González Partida, Irene; Herreros De Tejada Echanojauregui, Alberto; Pons Renedo, Fernando; León Fernández, Carmen; Abreu García, Luis E.

V-13 PRÓTESIS CUSTOMIZADA PARCIALMENTE CUBIERTA BIODEGRADABLE PARA CIERRE DE FÍSTULA ESÓFAGO-YEYUNAL

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Gornals, Joan B; Rivas, Laura; Consiglieri, Claudia; Aranda, Humberto; Miro, Mónica; Bettonica, Carla; Botargues, Josép M; Farran, Leandre; Galán, Maica

V-14 ABLACIÓN DE INSULINOMA PANCREÁTICO MEDIANTE INYECCIÓN DE ETANOL GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE)

ECOENDOSCOPIA

Junquera Flórez, Félix; Miquel, Mireia; Martínez–bauer, Eva; Brullet, Enric; Posada, Rodolfo; Melcarne, Luigi; Horta, Diana; Puig-Diví, Valentín; Gallach, Marta; Campo, Rafel

V-15 TRANSECCIÓN POST-COLECISTECTOMÍA DEL CONDUCTO HEPÁTICO DERECHO MANIFESTADA COMO FUGA BILIAR REFRACTARIA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Gil Simón, Paula; Sánchez Ocaña, Ramón; Peñas Herrero, Irene; Santos Santamarta, Fernando; González Redondo, Guillermo; Arenal, Juan José; Díez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Núñez, Henar; Pérez-Miranda, Manuel

V-16 CROMOENDOSCOPIA SUBMUCOSA. UNA MODALIDAD PARA DELIMITAR LOS EPITELIOS Y FACILITAR LA POLIPECTOMÍA

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Dolz Abadía, Carlos; Vilella, Ángels; Brotons, Álvaro; Chiachi, Rocío.

16:30-17:30 SIMPOSIO NORGINE
Auditorio Al-Ándalus

CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL ¿REALIDAD O UTOPÍA?
Moderadora: Dra, Maite Herráiz

"Situación actual del cribado en España"
Dr. Antonio Castells

"Claves para el éxito"
Dra. Isabel Portillo

"CRC screening and post polypectomy surveillance in Japan. Update"
Dr. Takahisa Matsuda

17:30-17:50 **COFFEE BREAK**

17:50-19:30 **MESA COMUNICACIONES II**
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Dr. Joan Gornals, y Guillermo Cacho

CO-11 CIANOACRILATO EN SPRAY COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS DE DIFÍCIL CONTROL
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA
Rincón Gatica, Adalberto; Alcívar Vásquez, Juan Manuel; León Montañés, Rafael; López Ruíz, Teófilo; Sobrino Rodríguez, Salvador; Caballero Gómez, Juan Antonio; Arambula Amaya, Tania Ivett

CO-12 EVALUACIÓN DE USO DE PROCINÉTICO PARA MEJORAR RENDIMIENTO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA
INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)
García Lledó, Javier; Nogales Rincón, Óscar; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro.

CO-13 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS (CP) MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS (PMR): RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL
ECOENDOSCOPIA
Vázquez Sequeiros, Enrique; Pérez Miranda, Manuel; Sánchez Yague, Andrés; Gornals, Joan; González-Huix, Ferrán; De La Serna, Carlos; González Martín, Juan Ángel; González Panizo, Fernando; Gimeno, Antonio; Marra-López, Carlos; Castellot, Ana

CO-14 CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DE LAS LESIONES COLÓNICAS DE EXTENSIÓN LATERAL. ESTUDIO COMPARATIVO RIENTE/OCCIDENTE: NATIONAL CANCER CENTER HOSPITAL EAST Y GRUPO REM DE LA SEED

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Albéniz Arbizu, Eduardo; Fraile González, María; Kaneko, Kazuhiro; Ikematsu, Hiroaki; Pin Vieito, Noel; Alonso Aguirre, Pedro; Martínez Ares, David; Guarner Argente, Carlos; Gargallo Puyuelo, Carla Jerusalén; Ramos Zabala, Felipe; Soto Iglesias, Santiago

CO-15 RESECCIÓN DE PÓLIPOS PEDICULADOS (PARIS Ip) GRANDES DE COLON

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Alburquerque Miranda, Marco; Smarrelli, Antonella; Vidal Plana, Lluis; Ledezma Frontado, Cesar; Chevarria Montesinos, Julio; Figa Francesch, Montserrat; González-Huix Llado, Ferrán

CO-16 DRENAJE BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA (DBUSE) FRENTE AL DRENAJE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA (CTPH) TRAS CPRE FALLIDA EN LA OBSTRUCCIÓN BILIAR NEOPLÁSICA

ECOENDOSCOPIA

Alcaide, Noelia; Peñas, Irene; Sánchez-Ocaña, Ramón; Udaondo, María Antonia; De La Serna, Carlos; Velayos, Benito; Del Olmo, Lourdes; Gil, Paula; Trueba, Javier; González, José Manuel; Pérez-Miranda, Manuel

CO-17 ESFINTEROPLASTIA PANCREÁTICA COMO MANIOBRA TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA PANCREÁTICA: PERFIL DE SEGURIDAD Y RESULTADOS

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

Vila, Juan J; Ruiz-Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Valdivielso, Eduardo; Iriarte, Ainara; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Fº Javier

CO-18 MIGRACIÓN ESPONTÁNEA DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS INSERTADAS POR COLEDOCOLITIASIS DIFÍCILES CON RESOLUCIÓN ESTABLE DE LA OBSTRUCCIÓN BILIAR

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

García-Cano, Jesús; Martínez Pérez, Teresa; Valiente González, Laura; Jiménez Martínez, Yolanda; Martínez Fernández, Raquel; Viñuelas Chicano,

Miriam; De Gracia, Celia; Gómez Ruiz, Carmina; Morillas Ariño, Julia; Pérez García, José Ignacio; Pérez Sola, Ángel

CO-19 EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE 226 PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA POR MÉTODO POSE (PRIMARY OBESITY SURGERY ENDOLUMENAL)

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

López-Nava Breviere, Gontrand; Bautista-Castaño, Inmaculada; Jiménez-Baños, Amaya; Fernández-Corbelle, Juan Pedro

CO-20 ¿HEMOS DE VIGILAR MÁS ESTRECHAMENTE A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL?

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Pantaleón Sánchez, Miguel Ángel; Bessa, Xavier; Seoane, Agustín; Zaffalón, Diana; Dedeu, Josép María; Riu, Faust; Barranco, Luis; Bory, Felipe; Álvarez, Marco Antonio

19:30-19:40 **MINICONFERENCIA II**
Auditorio Al-Ándalus

"Drenaje de colecciones pancreáticas: ¿cuál es el futuro?"
Dr. Joan Gornals

19:40 **ASAMBLEA GENERAL SEED**
Auditorio Al-Ándalus

08:30-10:10 MESA DE COMUNICACIONES III
Auditorio Al-Ándalus

Moderadores: Dra. Cristina Carretero y Dr. Rafael Campo

CO-21 ¿SOMOS EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS ANASTOMÓTICAS EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS?
CPRE, PRÓTESIS, NOTES
Padilla Suárez, Camilo; Ahumada Jiménez, Adriana; Nogales Rincón, Óscar; López Ibáñez, María; Pérez Rial, Gabriel; Caballero Marcos, Arantxa; González Asanza, Cecilia; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro

CO-22 MEJORAR LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA DEL COLON Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE UTLIZANDO UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS MÓVILES
COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA
Lorenzo-Zúñiga García, Vicente; Moreno De Vega Lomo, Vicente; Barberá, Marta; Boix Valverde, Jaume

CO-23 NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POR IRRIGACIÓN A TRAVÉS DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL EN NECRÓSIS PANCREÁTICAS ENCAPSULADAS (WOPN): EXPERIENCIA PRELIMINAR
ECOENDOSCOPIA
Gornals, Joan B; Consiglieri, Claudia; Salord, Silvia; Secanella, Lluis; Redondo, Susana; Pons, Carles; Busquets, Juli; Peláez, Nuria; Fabregat, Joan

CO-24 DRENAJE DE LA VESÍCULA BILIAR GUIADO POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) MEDIANTE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL (PAL) COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DEFINITIVO: RESULTADOS A LARGO PLAZO
ECOENDOSCOPIA
Peñas Herrero, Irene; Sánchez Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Busto Bea, Víctoria; Loza Vargas, Andrea; Amo Alonso, Rebeca; Fernández

Orcajo, Pilar; Vallecillo, María Antonia; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel

CO-25 COMPARACIÓN DE PINZA DE BIOPSIA PEDIÁTRICA VS SPYBITE EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESTENOSIS BILIARES: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

González-Huix Lladó, Ferrán; Louvriex, Rene; Figa, Montserrat; Alburquerque, Marco; Vargas, Alba

CO-26 FACTORES IMPLICADOS EN LA INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA POST-CPRE EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

García García, María José; Llerena Santiago, Susana; Alonso Martín, Carmen; Arias Loste, María Teresa; Martín Ramos, Luis; Terán Lantarón, Álvaro; De La Peña García, Joaquín

CO-27 NUEVO MÉTODO DE LESIÓN SUBMUCOSA ARTIFICIAL PARA DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN MODELO ANIMAL

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Herreros De Tejada Echanojauregui, Alberto; Méndez, Santiago; Santos, Martín; Hernández, Marta; De La Revilla, Juan; Blázquez, Esther; Santiago, José; Pons, Fernando; Tendillo, Francisco; Calleja, José Luis; Abreu, Luis

CO-28 ESTUDIO RANDOMIZADO DE DOS REGÍMENES DE PREPARACIÓN DE COLON EN PACIENTES DIABÉTICOS

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Álvarez, Marco Antonio; Seoane, Agustín; Ibáñez, Inés Ana; García-Rodríguez, Ana; Flores, Juana; Fernández-Clotet, Agnes; Riu, Faust; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Bory, Felipe; Lorenzo-Zúñiga, Vicente

CO-29 LIGADURA ENDOSCÓPICA SIN RESECCIÓN EN LESIONES SUPERFICIALES (MUCOSA, SUBMUCOSA) DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES SELECCIONADOS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

Rivas, Laura; Consiglieri, Claudia F; Ibáñez-Sanz, Gemma; Salord, Silvia; Pons, Carles; Miro, Mónica; Castellví, Josép M; Botargues, Josép M; Galán, Maica; Gornals, Joan B.

CO-30 ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN URGENTE COMBINADA CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA VISUALIZADA EN TIEMPO REAL. ¿UNA OPCIÓN FACTIBLE EN LA HEMORRAGIA DE ORIGEN OSCURO MANIFIESTA?

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

Pérez-Cuadrado Robles, Enrique; Bebia, Paloma; Zamora Nava, Luis Eduardo; Martínez Andrés, Blanca; Esteban Delgado, Pilar; Rodrigo Agudo, José Luis; López Higueras, Antonio; Torrella Cortés, Emilio; Chacón Martínez, Silvia; Shanabo, Jamal; Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique

10:10-10:20 MINICONFERENCIA III
Auditorio Al-Ándalus

"Aplicaciones de la tecnología multimedia en el campo de la endoscopia"
Dra. Cristina Carretero

10:20-10:35 ENTREGA DISTINCIONES
Auditorio Al-Ándalus

10:35-11:35 SIMPOSIO NOVEDADES TECNOLÓGICAS OLYMPUS
Auditorio Al-Ándalus

Nuevas Fronteras en la CPRE: Colangioscopia directa y EUS
Moderador: Dr. Enrique Vázquez Sequeiros

Ecoendoscopia diagnóstica de la vía biliar en el 2014
Dra. Ángels Ginés

La colangioscopia directa en la CPRE
Dr. Sarbelio Rodríguez

Rendez-vous: cómo unir USE y CPRE en la práctica diaria
Dr. Manuel Pérez Miranda

11:35-12:00 COFFEE BREAK

PROGRAMA JORNADA: SÁBADO 8 NOVIEMBRE 2014

12:00-14:30 **CURSO POSTGRADO ASGE-ESGE-SEED**

Avalado por: **Auditorio Al-Ándalus**

Director Curso PostGrado: Dr. Andrés Sánchez Yagüe

Endoscopic Therapy for Dysplasia/Neoplasia in Barrett's Esophagus
Dr. Greg Ginsberg

Treatment of malignant and benign esophageal strictures
Dr. Peter Siersema

Suturas Endoscopicas: aplicaciones actuales y expectativas de futuro
Dr. Diego Juzgado

Characteristics of newly detected advanced neoplasms within 3 years after clean colon
Dr. Takahisa Matsuda

Endoscopic Resection of Defiant Colorectal Polyps
Dr. Greg Ginsberg

Stent placement of obstructing colorectal cancer
Dr. Peter Siersema

ENTREGA PREMIO MEJOR PÓSTER/CASO/COMUNICACIÓN

14:30-14:45 **CLAUSURA**

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

CASOS ENDOSCÓPICOS

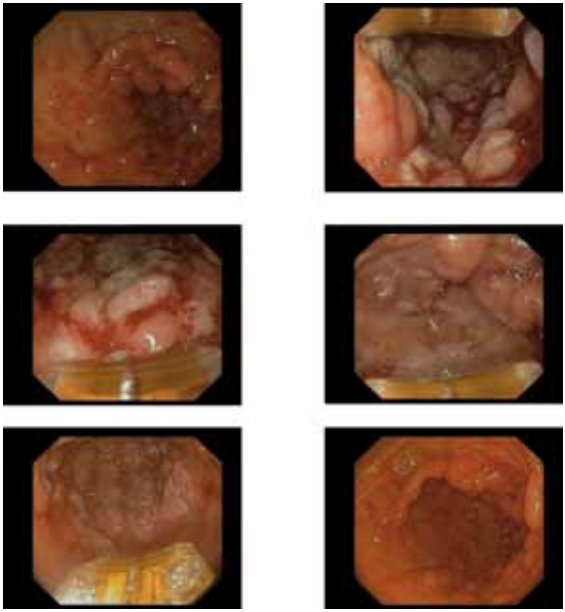
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-10

ABLACIÓN ENDOSCÓPICA CON RADIOFRECUENCIA HALO 90 EN ECTASIA VASCULAR ANTRAL (GAVE) REFRACTARIA A APC EN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Ibáñez Sanz, Gemma; Rivas, Laura; Consiglieri, Claudia F; Melilli, Eduardo; Baliellas, Carme; Guardiola, Jordi; Salord, Silvia; Pons, Carles; Gornals, Joan B.
Hospital Universitari De Bellvitge-Idibell, Barcelona



INTRODUCCIÓN: La ablación endoscópica de la ectasia vascular antral gástrica (GAVE) con argón plasma (APC), es el tratamiento de elección, aunque la ablación por radiofrecuencia (RFA) ha sido descrita como alternativa terapéutica en casos refractarios a APC con resultados favorables.

ENDOSCOPIA: Varón de 60 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, cirrosis hepática compensada, anemia ferropénica con requerimientos transfusionales y diagnosticado de GAVE sin gastropatía de la hipertensión portal. Tras 17 sesiones con APC y persistir la necesidad transfusional, se consideró realizar RFA.

Se insertó el accesorio de radiofrecuencia con el sistema HALO90 (BARRX Medical) en el gastroscopio. En la primera sesión, se aplicaron 31 ablaciones (12Joules/cm2/40watts), dos por área, sentido distal-proximal, duración 29 minutos. A las 4 semanas, segunda sesión de RFA: 68 ablaciones fueron aplicadas con la misma metodología, duración 36 minutos. No descripción de complicaciones a corto/largo plazo.

Tres meses después, la mayoría de lesiones antrales habían desaparecido; la hemoglobina ascendió a 12g/dL sin necesidad transfusional, y el paciente pudo ser incluido en lista de trasplante renal.

COMENTARIO: El caso clínico sugiere que la RFA con sistema HALO90 es una opción para pacientes con hemorragia por GAVE refractaria, y con insuficiencia renal crónica esperando trasplante renal.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-14

PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y MEDIASTINITIS POR IMPACTACIÓN DE HUESO AFILADO: EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA CON PINZA Y CAPUCHÓN HOOD

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Consiglieri Alvarado, Claudia F; De La Hera Justicia, Meritxell; Sánchez, Lia Tamar; Ibáñez Sanz, Gemma; Pons, Carles; Gornals, Joan B.
Hospital Universitari De Bellvitge-Idibell, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La impactación esofágica de cuerpos extraños es habitual en la práctica médica constituyendo una indicación de endoscopia urgente.

ENDOSCOPIA: Paciente de 58 años, que presentó ingesta accidental de hueso de pollo con clínica de disfagia, dolor retroesternal irradiado a región dorsal, febrícula y leucocitosis. En TC se observó un cuerpo extraño (25 x 3 mm) que perforaba la pared posterior esofágica con presencia de burbujas aéreas extraluminales en mediastino. Dada su estabilidad clínica y hemodinámica, se indicó antibióticoterapia y extracción endoscópica. Con videoendoscopio se identificó, a 20 cm de ad, el hueso con su extremo proximal impactado en esófago y extremo distal libre en luz esofágica. Con pinza de dos patas se fijó el extremo distal, se desimpactó y desplazó hacia estómago, manteniendo así el eje/plano de la perforación para evitar mayor desgarro (vídeo). Posteriormente se extrajo en bloque por un extremo con asa de polipectomía poliédrica y con la ayuda de un capuchón Hood. Revisión: cierre parcial con dos clips. TC inmediato sin fuga de contraste. Buena evolución, reintroducción oral al 5º día y tránsito en 1 mes normal.

COMENTARIOS: La extracción endoscópica de cuerpos extraños punzantes es técnicamente exigente, requiere de material adecuado y valoración individualizada según cada caso.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-15

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A UN GIST GÁSTRICO TRATADA MEDIANTE ETANOLIZACIÓN

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Valdivielso Cortázar, Eduardo; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Francisco Javier; Juanmartiñena, José Francisco; Iriarte, Ainara; Cebrián, Alba; Sainza, Elisabeth; Saldaña, Cristina; Bolado, Federico; Zozaya, José Manuel

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Varón de 90 años antiagregado con un cuadro de hemorragia digestiva alta. En una primera gastroscopia se apreciaba en cuerpo medio una lesión polipoidea de origen submucoso de unos 4 cm, sin erosiones en su superficie. Tras empeoramiento clínico se realizó otra gastroscopia, esclerosando con 8 cc de etoxisclerol la lesión. Se completó el estudio mediante un TC compatible con un GIST. El paciente permaneció estable durante 24 horas, comenzando posteriormente con nueva HDA. Tras desestimar la cirugía, se realizó una ecoendoscopia en la que se apreciaba una lesión dependiente de la submucosa, con áreas de necrosis, sin vaso causante del sangrado. Con el ecoendoscopio sectorial se inyectaron 1,5 ml de alcohol absoluto sin incidencias, con buena evolución posterior. En gastroscopia de control a la semana la lesión había disminuido su tamaño en un 50% aproximadamente, con un foco de necrosis fibrinoide. A los 3 meses se hizo una gastroscopia de control en la que la lesión había desaparecido prácticamente.

ENDOSCOPIA:

COMENTARIOS: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, apareciendo en su mayoría en el estómago. Se desarrollan a partir de la musculatura lisa circular y crecen en mayor medida hacia la serosa que hacia la mucosa. En éste último caso, pueden dar lugar a hemorragia digestiva alta. Su tratamiento es quirúrgico; en pacientes seleccionados puede ensayarse el tratamiento endoscópico mediante etanolización guiada por ecoendoscopia.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-16

DISECCIÓN SUBMUCOSA DE LIPOMA GÁSTRICO

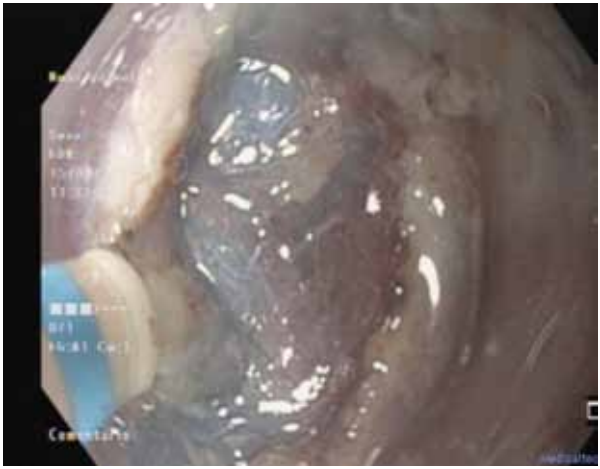
Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Cebrián, Alba; Jiménez, Francisco Javier; Fernández-Urien, Ignacio; Vila, Juan José; Valdivielso, Eduardo; Iriarte, Ainara; Saldaña, Cristina; Urman, Jesús; Sainza, Elisabeth
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Mujer de 55 años en seguimiento por tumoración submucosa gástrica, compatible con lipoma, que ha presentado aumento del tamaño en los últimos controles.

ENDOSCOPIA: Se introduce el ecoendoscopio hasta estómago identificando la lesión ya conocida que en visión ecográfica se comprueba que está localizada a nivel de la submucosa, bien delimitada, homogénea e hiperecogénica, de 3,5 cm de diámetro mayor, en íntima relación con la capa muscular propia. No adenopatías perilesionales. Marcamos la lesión y procedemos a realizar corte circunferencial de forma parcial, sin incidencias, y posteriormente disección submucosa. Tras conseguir introducir el endoscopio en la capa submucosa, y probablemente en relación con fibrosis, vemos en el borde proximal, una quemadura puntual (<1 mm de calibre) de la capa muscular propia sin aparente perforación profunda. Colocamos sobre este área tres endoclips. Proseguimos con la disección comprobando como la lesión se eleva y se va de forma íntegra con la pieza. Coagulamos con argón la escara y aplicamos sucralfato sobre la misma finalizando la exploración.

COMENTARIOS: Los lipomas gástricos representan aproximadamente el 3% de los tumores gástricos benignos. Normalmente son asintomáticos, y se detectan de forma incidental en pruebas radiológicas o endoscópicas; no obstante los de gran tamaño pueden dar síntomas como hemorragia, obstrucción intestinal o dolor abdominal. Se recomienda escisión local en casos sintomáticos y en lesiones asintomáticas de gran tamaño, por el riesgo de complicaciones. La técnica de la disección submucosa endoscópica está ganando importancia en este campo, obteniéndose algunos resultados muy satisfactorios.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-17

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER UTILIZANDO "HOOK KNIFE"

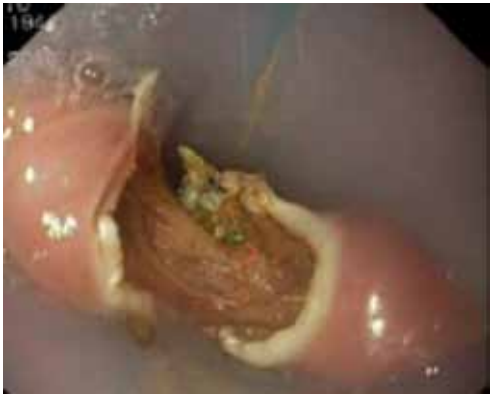
Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Chacchi Cahuín, Rocío; Dolz Abadía, Carlos; Vilella Martorell, Ángels; Balza Lareu, Nelly; Andreu Serra, Hernan; Escudero Roldán, María; Riera Oliver, Joan; Garau Colom, Catalina; Brotons García, Álvaro; Rull Murillo, Nuria; Amado Villanueva, Natalia
Hospital Son Llatzer, Mallorca

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Zenker se presenta con una incidencia entre 0.01% y 0.11% en población sintomática, entre las 7° y 8° décadas de la vida, siendo más predominante en los hombres. La sintomatología incluye disfagia, regurgitación de comida no digerida, halitosis, neumonía aspirativa, malnutrición y pérdida de peso. El tratamiento está indicado para todos los pacientes sintomáticos.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 82 años, con disfagia progresiva y regurgitación de 3 años de evolución. Se realizó TAC con contraste y gastroscopia evidenciando divertículo de Zenker en esófago cervical (40-45 mm de eje cráneo-caudal) que condicionaba desplazamiento anterior del esófago. Por ello, se realizó una septomiotomía endoscópica utilizando la pinza de LigaSure® sin complicaciones. Tras 2 años con adecuada evolución, la paciente presentó disfagia, por lo que se realizó una gastroscopia evidenciando un divertículo de Zenker, por ello se realizó una septomiotomia utilizando el diverticulótomo (Cook), inicialmente una guía fue insertada dentro del esófago bajo control endoscópico. El endoscopio fue reintroducido y la mucosa y músculo cricofaríngeo fueron seccionados usando "Hook Knife", todo ello con una corriente Endocut a 60 Wts, ERBE ICC 200. La recuperación posterior al procedimiento fue óptima y sin complicaciones.

DISCUSIÓN: Técnicas mínimamente invasivas endoscópicas, utilizando electrocauterio, coagulación con argón o LigaSure®, son útiles en pacientes con divertículo de Zenker sintomático y que presentan múltiples comorbilidades o alto riesgo quirúrgico. Las fibras del músculo cricofaringeo pueden ser elevadas fácilmente con "hook knife" y luego ser cortadas sin aplicar presión sobre la capa adventicia.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CE-27

HEMOSPRAY: UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA INCOERCIBLE

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Satorres Paniagua, Carla; Alonso Lázaro, Noelia; Ponce Romero, Marta; Argüello Viúdez, Lidia; Bustamante Balén, Marco; Pons Beltrán, Vicente
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN: El tratamiento habitual de la hemorragia digestiva alta (HDA) es eficaz en el 85% de los casos; en el resto de casos el hemospray puede ser una alternativa eficaz.

ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de un varón de 59 años que ingresa por HDA secundaria a ulcus duodenal. En la endoscopia inicial se objetiva una úlcera duodenal profunda de 35mm con vaso visible que se trata con adrenalina diluida. Posteriormente se trasfunden 4 unidades de concentrados de hematíes con escaso rendimiento.

Se repite la endoscopia donde se objetiva la úlcera con un gran coágulo adherido y sangrado babeante. Se inyecta adrenalina y se consigue desprender desprende el coágulo tras lavados. Se observa sangrado activo en jet que no se controla con inyección de adrenalina ni con un hemoclip, por lo que se utiliza el Hemospray. Finalmente cede el sangrado sin llegar a formarse la película hemostásica, visualizando el vaso visible. Se intenta colocar otro hemoclip reactivándose de nuevo el sangrado en jet, que se controla definitivamente con el Hemospray. El paciente es dado de alta a la semana sin complicaciones.

COMENTARIOS: El hemospray puede ser una alternativa eficaz en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva no controlada con los métodos habituales.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CE-21

DIAGNÓSTICO ATÍPICO MEDIANTE CÁPSULA ENDOSCÓPICA: ENFERMEDAD DE WHIPPLE

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Martínez Sánchez, Alba; Arranz Álvarez, María; Mateos Sánchez, Patricia; Baki Mohamed, Walid; Asteinza Daganzo, Matilde; Esteban López-Jamar, José Miguel; Rey Díaz-Rubio, Enrique

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: Conocida como lipodistrofia intestinal, se trata de una infección sistémica crónica producida por el actinomiceto Tropheryma whippelii. Las pruebas endoscópicas son claves en el diagnóstico mostrando macrófagos con inclusiones PAS + en la muestra histológica. Aún siendo una prueba limitada por la imposibilidad de biopsia, la cápsula endoscópica permite sospechar el diagnóstico y valorar la evolución macroscópica una vez instaurado el tratamiento.

ENDOSCOPIA: Varón de 55 años con uveítis bilateral y anemia ferropénica a estudio, realizándose gastroscopia y colonoscopia normales e identificando adenopatías retroperitoneales inespecíficas en TC de abdomen. Reingresa por síndrome constitucional, diarrea, hipoproteinemia y anemia con gastroscopia, colonoscopia, tránsito intestinal y TC de abdomen sin alteraciones. Se solicita cápsula endoscópica: mucosa de intestino delgado sin vellosidades, múltiples punteados blanquecinos y nódulos que convergen formando placas. Ante sospecha de malabsorción, se realiza yeyunoscopia con toma de biopsia mostrando macrófagos PAS+ sugerentes de enfermedad de Whipple. Instaurado tratamiento antibiótico a largo plazo, las cápsulas endoscópicas de control muestran mucosa normal con mínimo aplanamiento de vellosidades.

COMENTARIOS: Producido por Tropheryma whippelii, se trata de un proceso infeccioso crónico raro que afecta mayoritariamente al intestino delgado, pudiendo afectar otros órganos, dando clínica diversa: pérdida de peso, diarrea, malabsorción, artralgias, adenopatías, uveítis, demencia… La endoscopia con biopsia es la prueba diagnóstica de elección mostrando aplanamiento de vellosidades y placas amarillentas con macrófagos con inclusiones PAS+. La cápsula endoscópica, poco común para el diagnóstico de esta enfermedad, ha sido clave en este caso. Fatal sin tratamiento, los antibióticos constituyen la base del mismo.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CE-24

HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE POR GIST YEYUNAL EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA. DIAGNÓSTICO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

García, Natalia; Moreno, Oswaldo; Gálvez, Consuelo; Peña, Andrés; Sanchiz, Vicente; Villagrasa, Rosa Ana; Mora, Francisco
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinales (GIST) son poco frecuentes y pueden producir episodios de hemorragia digestiva recurrente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 69 años con cirrosis hepática VHC ChildA5, cardiopatía isquémica crónica y flutter auricular en tratamiento anticoagulante y antiagregante. Ingresa en julio de 2013 por rectorragia y melenas con repercusión hemodinámica. En la gastroscopia se observan varices esofágicas grado B-C, realizando ligadura de varices y en la colonoscopia divertículos. El paciente entra en programa de ligadura de varices, sin cambios en los niveles de hemoglobina. En marzo del 2014 ingresa de nuevo por melenas y rectorragias, observando en la gastroscopia varices grado B sin signos de sangrado, que se ligan, y diverticulosis en la colonoscopia. Ante la recurrencia de hemorragia digestiva severa, no atribuida a los hallazgos endoscópicos previos, se realiza cápsula endoscópica visualizando masa ulcerada a nivel yeyunal sugestiva de neoplasia. En el TC abdominal se objetiva tumor yeyunal de 5 cm. Se interviene realizándose resección intestinal y anastomosis termino-terminal. El estudio anatomo-patológico revela un tumor de estroma gastrointestinal yeyunal de grado intermedio. (Imagen 1)

CONCLUSIÓN: En una hemorragia digestiva, si se encuentre una lesión en la gastroscopia o en la colonoscopica que no justifica la intensidad del sangrado se debe evaluar el intestino delgado. La cápsula endoscópica es un método no invasivo, que permite valorar de forma segura y eficaz el intestino delgado. Es una exploración muy útil para el diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no filiado y de los tumores intestinales.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CE-26

TUMORES DE INTESTINO DELGADO DIAGNOSTICADOS MEDIANTE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Jamanca Poma, Yuliana; Sánchez Garrido, Ana; Piñero, María Concepción; Mora, Ana; Acosta, Rosa; Revilla, Cristina; Pérez, Dany; Rodríguez, Antonio

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

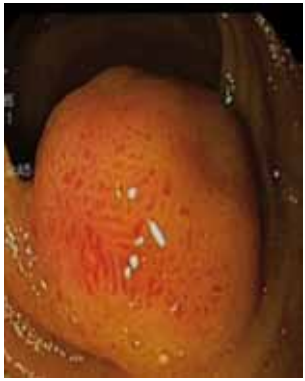
INTRODUCCIÓN: Los tumores del ID representan el 3%-6% de todos los tumores del tracto gastrointestinal (TGI) y sólo el 0.35% de tumores malignos en general. **Caso 1.**Varón de 75 años en estudio por anemia; se realiza exploración por CE que identifica lesión polipoidea en yeyuno que se extirpa por enteroscopia siendo el diagnóstico AP: tumor neuroendocrino bien diferenciado (G-1) de comportamiento maligno.

Caso 2. Varón de 65 años. Ingresa por cuadro astenia, mareos y anemización; en la colonoscopia describen datos de hemorragia digestiva baja procedente de intestino delgado y la CE que identifica formación vegetante y ulcerada a nivel de yeyuno con sangrado activo; es intervenido, y el diagnóstico histológico es compatible con (GIST).

Caso 3. Varón de 68 años, cinco años antes, nefrectomía radical derecha por carcinoma renal. Es remitido para estudio de HDOO. La CE del ID reveló una lesión excavada, en yeyuno proximal, estudio histológico fue compatible con metástasis de tumor renal de células claras.

Caso 4: Mujer de 52 años con antecedente de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon. Presenta cuadro de hemorragia digestiva grave, en la colonoscopia se observaron restos hemáticos y sangrado procedente de ID; se realiza CE identificando a nivel de yeyuno distal sangrado activo. Es sometida a intervención quirúrgica urgente, el diagnóstico histológico fue metástasis de adenocarcinoma de tipo entérico.

COMENTARIO: Destacan en nuestra experiencia las metástasis en ID de tumores previos, por lo que pensamos que es necesario descartar esta posibilidad en pacientes con HDOO y antecedentes previos de enfermedad tumoral maligna.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-02

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE) EN CONDICIONES DIFÍCILES: LST-NG EN COLON ASCENDENTE CON INTENSA FIBROSIS SUBMUCOSA POR INTENTO PREVIO DE MUCOSECTOMÍA Y HEMATOMA

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Marín-Gabriel, José C. [(1)]; Díaz-Tasende, José B. [(1)]; Rodríguez-Alcalde, Daniel [(2)]; López-Vicente, Jorge [(2)]; Cancelas-Navía, Pilar [(1)]; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio [(1)]; Del Pozo-García, Andrés J. [(1)]; Alonso-Riaño, Marina [(1)]; Colina-Ruizdelgado, Francisco [(1)]; Castellano-Tortajada, Gregorio [(1)]

[(1)] Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; [(2)] Hospital de Móstoles, Madrid

INTRODUCCIÓN: Entre las indicaciones de DSE colorrectal se incluyen las neoplasias de morfología LST-NG de > 20 mm así como lesiones mucosas con fibrosis. Esta fibrosis submucosa suele encontrarse originalmente en los LST-NG y se intensifica cuando se toman biopsias o se llevan a cabo intentos de resección, incluida la sobreelevación de la mucosa subyacente. La mucosectomía convencional no suele permitir la resección en bloque de estos tumores y la alternativa quirúrgica no está exenta de riesgos.

ENDOSCOPIA: Se presenta el caso de una paciente a quien se le detectó, en otro centro hospitalario, una neoplasia LST-NG (flat type) de aprox. 20 mm, proximal al ángulo hepático. Se intentó resecar la lesión mediante mucosectomía convencional. Durante la sobreelevación, presentó signo de "non-lifting" parcial y se indujo un hematoma periférico que impidió completar el procedimiento. Debido a la morfología de la lesión y la sospecha de fibrosis submucosa, se planteó la realización de una DSE. Ésta se llevó a cabo varias semanas después utilizando endobisturíes tipo Flush-knife e IT knife nano. La dificultad del procedimiento vino dada por la localización de la lesión y la presencia de intensa fibrosis submucosa. Finalmente, se logró resecar la lesión en bloque y de manera curativa (R0).

COMENTARIOS: La DSE permite resecar una neoplasia de colon técnicamente compleja. En este caso, la lesión se hallaba localizada en colon ascendente y presentaba fibrosis submucosa intensa por sobreelevación previa de la lesión y formación de un hematoma yuxtalesional.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-05

CAVITACIÓN Y FÍSTULA ENTEROCÓLICA DE GRAN CALIBRE SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE COLON IZQUIERDO

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Pérez Valderas, M. Dolores; Nogales Rincón, Oscar; Ahumada Jiménez, Adriana; López Ibáñez, María; Padilla Suárez, Camilo; Pérez Carazo, Leticia; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La formación de fístulas enterocólicas es una complicación poco frecuente del carcinoma colorrectal(CCR).

ENDOSCOPIA: Mujer de 44 años de origen colombiano que acudió a Urgencias en febrero de 2014 por dolor abdominal, diarrea acuosa con más de diez deposiciones al día, rectorragia ocasional y fiebre. Asociaba pérdida de 8kg de peso en los últimos 12 meses. La exploración física fue anodina con abdomen con ruidos hidroaéreos conservados, sin masas palpables ni signos de irritación peritoneal. Durante el último año, la paciente había sido valorada en otro centro por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. Aportaba informe (sin imágenes disponibles) de TC abdominal en el que se describía engrosamiento mural en varias asas a nivel de íleon distal en probable relación con EII. En el análisis de sangre urgente destacaba anemia microcítica (Hb 6.1g/dl, VCM 49.9), con función renal, hepática e iones normales. Ante los antecedentes de la paciente se decidió ingreso para completar estudio con colonoscopia en la que se observó lesión ulcerada a 20 cm de margen anal que ocupaba toda la circunferencia estenosando parcialmente la luz e impidiendo la progresión con el colonoscopio. Se introdujo a través de la estenosis un gastroscopio convencional hasta alcanzar una gran cavidad neoformativa necrótica que comunicaba con 2 asas intestinales a través de dos fístulas enterocólicas de gran calibre. Las biopsias remitidas para estudio por anatomía patológica confirmaron el diagnóstico de adenocarcinoma de colon pobremente diferenciado.

COMENTARIOS: El CCR debe estar presente en el diagnóstico diferencial de los cuadros diarreicos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-07

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN UNA COLONOSCOPIA DE CRIBADO

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Pantaleón, Miguel; García-Rodríguez, Ana; Zaffalon, Diana; Márquez, Laura; Fernández, Agnes; Raga, Agnes; Seoane, Agustín; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Riu, Faust; Álvarez, Marco Antonio

Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo de elevada eficacia y escasos efectos secundarios, pero está descrita la perforación uterina y migración a órganos adyacentes, entre ellos el colon.

CASO ENDOSCÓPICO: Mujer de 54 años, con antecedente de gestación y parto eutócico a los 34, portadora de un DIU hasta esa edad, a la que se le realiza una colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. En ésta se identifica a 25 cm. del margen anal, el brazo vertical de dicho DIU enclavado en la pared, rodeado de un área de aspecto inflamatorio. Se procede a su extracción mediante asa de polipectomía. La paciente permanece asintomática. Se realiza TC abdominal que descarta perforación post-procedimiento. Se da de alta y se completa colonoscopia de cribado y control a las 2 semanas, sin observarse complicaciones en la zona mencionada.

COMENTARIOS: La perforación uterina y migración tras la inserción de un DIU es poco frecuente. Clásicamente se ha recurrido a la cirugía para su extracción. Consideramos no obstante que la extracción endoscópica es segura y que si existe un proceso inflamatorio crónico y el orificio es puntual, no es necesario el cierre del defecto mucoso.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-09

ANISAKIASIS DE COLON COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

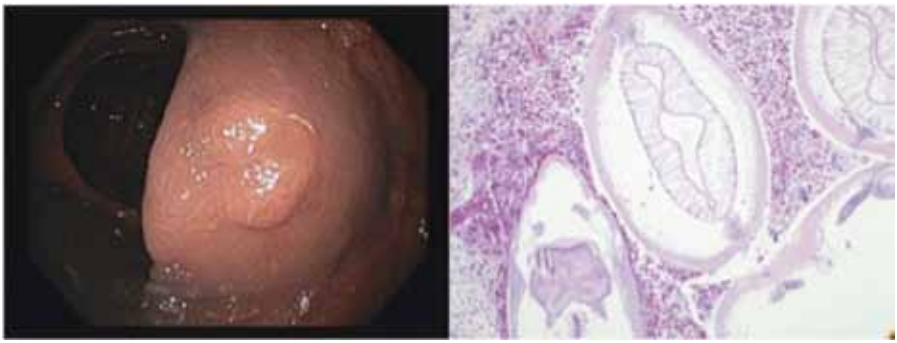
Riu, Faust; Gimeno, Javier; Álvarez, Marco Antonio; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Pantaleón, Miguel; Albero, Raquel; Bory, Felipe; Seoane, Agustín
Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La Anisakiasis es una infección parasitaria gastrointestinal que se produce tras la ingesta de pescado crudo. Clínicamente se presenta en forma de dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos o bien causar una reacción inflamatoria si penetra en la mucosa, habitualmente de estómago e intestino delgado. Presentamos el caso de una paciente mujer de 54 años, sin antecedentes de interés y asintomática, a la que se realiza una colonoscopia de cribado de cáncer colorectal.

ENDOSCOPIA: La mucosa mostró melanosis coli hasta ciego. A colon ascendente se aprecia una lesión nodular de 12 mm, de aspecto submucoso y dura al tacto. Se practicó resección en bloque con asa de diatermia tras elevación con suero salino. La histología demostró la presencia de *Anisakis simplex* en la submucosa, rodeado por acúmulos de eosinófilos con ocasionales células gigantes multinucleadas.

COMENTARIOS: La infección por Anisakis en colon es extremadamente rara en la literatura médica (<1% de los casos), pudiendo mostrar síntomas de apendicitis o de obstrucción intestinal aguda que conllevan a intervención quirúrgica. En nuestro caso, la sospecha se confirmó por la ingesta asidua de boquerones en vinagre *(Engraulis encrasicolus)*. A pesar de la rareza de la presentación, la resección endoscópica fue tanto diagnóstica como curativa.

IMAGEN:



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-12

PÓLIPO SESIL GIGANTE EN COLON DERECHO ¿POR QUÉ REALIZAR RETROVERSIÓN EN COLON ASCENDENTE?

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Ramos, Felipe; Moreno, Luis; García-Mayor, Mª Ángeles; Gento, Elena; Gil, Cristina; Beleta, Esther; Minguillan, Javier; Matas, José Luis; Gongorra, Andrea
HM Hospitales – Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid

INTRODUCCIÓN: Los pólipos gigantes son difíciles de abordar. La resección fragmentada puede ser difícil cuando la lesión tiene una parte oculta detrás de un pliegue, que imposibilita ver toda la base de implantación. En pólipos localizados en colon izquierdo, se puede utilizar un gastroscopio para realizar la resección en retroversión de la zona oculta detrás del pliegue. En colon derecho esto es posible con la utilización de colonoscopios que permitan la retroflexión con facilidad.

ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de un varón de 54 años con diagnóstico de un pólipo aparentemente sésil de 5 cm localizado en colon ascendente medio. Se realiza resección fragmentada en 2 posiciones: aproximadamente un 50% de la lesión en visión frontal y la otra mitad en posición de retroversión desde ascendente proximal. Se utiliza el colonoscopio retroview (CR) que permite un giro de 210º.

COMENTARIOS: Los pólipos gigantes se pueden evaluar mejor en visión frontal y en retrovisión. En el colon derecho es útil el CR para el diagnóstico y tratamiento de pólipos de gran tamaño.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-13

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Adán Merino, Luisa [1]; Fortea Ormaechea, José Ignacio [2]; Ponferrada Díaz, Ángel [1]; Aldeguer Martínez, Mercedes [1]; Lozano Maya, Mar [1]; Plaza Santos, Rocío [1]; Martín Chavarri, Sonia [1]; Carrión Alonso, Gemma [1]; Barrio Antoranz, José [1]; Villa, Carlos [1]; Barceló, Marta [1]

[1] Hospital Infanta Leonor, Madrid; [2] Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La neumatosis quística intestinal (NQI) es una entidad infrecuente de etiología desconocida caracterizada por la presencia de gas en la submucosa o subserosa de la pared intestinal.

Presentamos un caso objetivado como hallazgo incidental durante la realización de una colonoscopia.

ENDOSCOPIA: Mujer de 65 años con múltiples antecedentes de interés entre los que destacan obesidad, hepatopatía crónica con demencia tipo Korsakoff y secuelas de poliomielitis infantil que la condicionan dificultad para la movilidad.

Se solicita colonoscopia por alteración del ritmo intestinal y antecedentes familiares de primer grado de cáncer colorrectal.

Durante la endoscopia se identifica desde 60 cm de margen anal y hasta ciego, múltiples formaciones pseudopolipoideas de aspecto quístico, de superficie lisa y pálida que se aplanan hasta prácticamente desaparecer con la toma de biopsias (vídeo). La histología refleja una mucosa con leve inflamación crónica e hiperplasia de las criptas.

COMENTARIOS: La NQI se clasifica en primaria, de etiología idiopática (15%) y secundaria (85%). En este caso se puede asociar a patología aguda grave (isquemia, perforación u obstrucción intestinal); enfermedades gastrointestinales que cursen con disrupción de la mucosa o con trastorno motor y enfermedades pulmonares, infecciosas o autoinmunes.

Es importante conocer dicha entidad porque puede ser causa de neumoperitoneo que no requiera intervención quirúrgica urgente, ya que la mayor parte de los pacientes se encuentra asintomáticos y son diagnosticados incidentalmente. Las complicaciones ocurren en el 3% de los casos e incluyen la perforación u obstrucción intestinal, siendo en estos casos necesaria la cirugía.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CE-28

COLITIS COLÁGENA SEVERA Y PERFORACIÓN POST COLONOSCOPIA

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

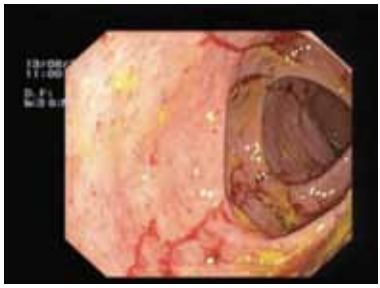
Muñoz Tornero, María [(1)]; Jijón, Roxanna Elisabeth [(1)]; Carrilero Zaragoza, Gabriel [(1)]; Sánchez Torres, Antonio [(1)]; Antón Ródenas, Gonzalo [(1)]; Álvarez Higueras, Francisco Javier [(1)]; Martínez Pascual, Cristina [(2)]; Egea Valenzuela, Juan [(1)]; Alberca De Las Parras, Fernando [(1)]; Carballo Álvarez, Luis Fernando [(1)]

[(1)] Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar Murcia; [(2)] Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier-Murcia

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso clínico de una mujer de 80 años con antecedentes de HTA y DLP que ingresa por diarrea crónica sin productos patológicos ni fiebre junto con pérdida de 8 kgs de peso en 4 meses. Analíticamente destacaba VSG 65, PCR 9, sin leucocitosis. Estudio de parásitos en heces, coprocultivos y toxina Clostridium difficile fueron negativos. Hormonas tiroideas normales. Serología de celiaquía negativa. Acude a nuestro servicio para realización de endoscopia como parte del estudio durante su ingreso.

ENDOSCOPIA: Recto y sigma de aspecto normal. En colon trasverso aparecen ulceraciones lineales cubiertas de fibrina, que al progresar con el endoscopio se vuelven más profundas, abigarradas y serpinginosas obligando a suspender la endoscopia en colon ascendente por riesgo de perforación. Se tomaron biopsias de las ulceraciones en múltiples tramos.

COMENTARIOS: El estudio anatomo-patológico reveló colitis colágena como diagnóstico. Tras la colonoscopia la paciente comenzó con dolor abdominal intenso, por lo que se hizo radiografía y TAC abdominal urgente con neumoperitoneo. Se realizó laparotomía exploradora sin localizar perforación. Postoperatorio favorable y fue dada de alta en tratamiento con budesonida. El caso destaca por las imágenes inusuales de la endoscopia, dado que la mayoría de las colitis colágenas suele revelar una mucosa macroscópicamente normal. La aparición de disrupción de la mucosa colónica en forma de ulceraciones lineales serpinginosas debe servir como signo de alarma y presagio de perforación en estos pacientes y suspender la endoscopia debido al efecto mecánico que puede causar la insuflación.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-01

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA PERFORACIÓN DUODENAL POST CPRE

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Castro, Aldo; Calderón, Ángel; Díaz, Ana; Bravo, María Teresa; Merino, Ainara; Orive, Víctor
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: La perforación durante la CPRE es una complicación rara que ocurre en el 0.3-0.6%. La evolución del paciente depende de la rapidez con la que se establece el diagnóstico y se instaura el tratamiento.

CASO CLÍNICO-ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de una mujer de 81 años, con diagnóstico cáncer de cabeza de páncreas irresecable e ictericia obstructiva secundaria.

Mediante CPRE se realiza esfinterotomía y se coloca prótesis biliar descubierta de 6 cm, sin dificultades técnicas.

Inmediatamente al finalizar la exploración, la paciente presenta desaturación, objetivándose enfisema subcutáneo y neumoperitoneo. Tras la estabilización e IOT, se revisa con el gastroscopio observándose una úlcera perforada en primera rodilla duodenal probablemente por el apoyo del duodenoscopio durante la CPRE.

Se procede a colocar una prótesis de colon recubierta M.I. Tech de 8 cm con el extremo proximal en región antropilórica con el fin de puentear y taponar la lesión.

En TAC se confirma la existencia de neumotórax que requiere de colocación de tubo de drenaje torácico, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo (Figura 1, A y B).

La evolución tras una semana es satisfactoria, iniciando la vía oral. Asimismo, se corrobora la mejoría radiológica con la disminución del neumotórax, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo; además de la ausencia de fuga en el estudio baritado (Figura 1, C y D).

COMENTARIOS: La colocación endoscópica precoz de prótesis recubierta puede ser una herramienta terapéutica eficaz en casos puntuales de perforación tras un procedimiento endoscópico, en nuestro caso CPRE.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-03

MANEJO ENDOSCÓPICO INUSUAL DE FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL REFRACTARIA

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Fernández-Urien, Ignacio; Lezaun, Román; Miranda, María Del Coro; Hernández, María; Laínez, Baltasar; Vila, Juan José; Jiménez, Francisco Javier
Complejo Hospitalario De Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: La fístula esófago-bronquial es una complicación poco frecuente y de difícil manejo que se puede observar en el contexto de una neoplasia avanzada de esófago o tras una cirugía compleja de la zona. El tratamiento de elección es el endoscópico aunque, con frecuencia, no responden y el paciente fallece por complicaciones respiratorias.

ENDOSCOPIA: Paciente con neoplasia de esófago T3N+M0 tratada mediante radio y quimioterapia y cirugía posterior (Ivor-Lewis). En el postoperatorio desarrolló una fístula esófago-bronquial que se trató con SEMS cubiertas, sin éxito. Tras desechar otros tratamientos por diversos motivos, se decide colocar en la fístula un dispositivo para cierre de comunicaciones septales cardiacas. Inicialmente se cateterizó la fístula desde el esófago y se pasó una guía a la vía aérea. Para darle un mayor soporte al introductor del dispositivo, se realizó una broncoscopia en paralelo para extraer la guía por la boca del paciente. Posteriormente, se introdujo el introductor del dispositivo en el esófago y, en visión endoscópica, se liberó inicialmente el extremo de la vía respiratoria y posteriormente el de la vía digestiva, sin incidencias. En los controles sucesivos, no se observó desplazamiento del dispositivo y el paciente experimentó una gran mejoría clínica que se mantuvo en el tiempo.

COMENTARIOS: El empleo de dispositivos para el cierre de comunicaciones septales cardiacas es una alternativa a tener en cuenta en el manejo de fístulas esófago-bronquiales que no responden al tratamiento convencional aunque la experiencia en este sentido es muy limitada.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-06

FÍSTULA AURÍCULO-ESOFÁGICA TRAS ABLACIÓN CARDÍACA: TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Alonso Aguirre, Pedro Antonio; González Conde, Benito; Estévez Prieto, Emilio; Couto Worner, Ignacio
CHU A Coruña, A Coruña

INTRODUCCIÓN: Varón de 34 años que tras una ablación por una fibrilación auricular paroxística ingresa por síncope. Se detecta una fibrilación auricular rápida que se revierte con cardioversión eléctrica. Durante su ingreso presenta crisis tónico-clónicas y bajo nivel de conciencia con TAC craneal normal. Presenta un episodio de vómito en posos de café tras el que se realiza una endoscopia sin hallazgos relevantes. Posteriormente se repite un TAC craneal y se objetivan embolismos aéreos, y en el estudio de imagen abdominal una fístula aurículo-esofágica.

ENDOSCOPIA: Inicialmente se decide colocar una prótesis recubierta bajo control fluoroscópico sin insuflación de aire, con buen resultado. A las 48 horas la prótesis migra proximalmente colocándose una segunda prótesis coaxial. A los 7 días la prótesis distal vuelve a migrar y se decide intervenir al paciente mediante cirugía. Se realiza una endoscopia intraoperatoria durante la reparación de la aurícula. Se identifican 2 orificios fistulosos comunicados con el corazón sobre los que se realiza una sutura quirúrgica y finalmente se coloca una prótesis recubierta de protección. El paciente presenta un deterioro progresivo con disfunción ventricular y fallo multiorgánico, falleciendo al día siguiente.

COMENTARIOS: La aparición de una fístula aurículo-esofágica tras una ablación cardiológica es una complicación poco frecuente pero muy grave. En los casos descritos en la literatura se recomienda la reparación quirúrgica, aunque es posible colocar una prótesis esofágica de manera temporal como puente a la cirugía.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-18

COLOCACIÓN DE PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLE METÁLICA BARIÁTRICA EN PACIENTE CON DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS GASTRECTOMÍA TUBULAR (SLEEVE GASTRECTOMY)

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Aguilar Urbano, Víctor Manuel; García Fernández, Gregorio; De Sola Earle, Carlos M
Instituto de Enfermedades Digestivas de Marbella, Hospital Humanline Marbella

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía tubular es un tipo de cirugía bariátrica laparoscópica, no exenta de complicaciones, siendo frecuente la dehiscencia de sutura (DS).

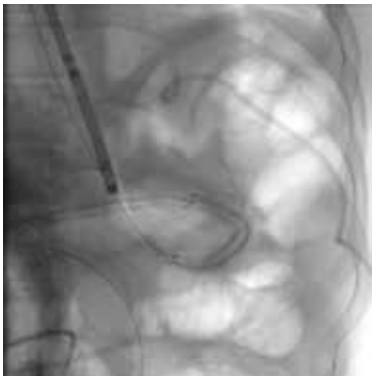
El tratamiento de elección de la DS es el cierre primario con sutura y plastia. En un importante porcentaje de pacientes debido a la demora diagnóstica, es necesario realizar un tratamiento conservador (drenaje externo de colecciones y colocación endoscópica de prótesis).

ENDOSCOPIA: Mujer de 21 años intervenida de cirugía Bariátrica hace 2 semanas en Egipto, que acude por dolor en hombro izquierdo que ha ido en aumento en la última semana. En Rx tórax se visualiza cavidad hidroaérea subdiafragmática izquierda, confirmándose en TAC gran cavidad hidroaérea que comprime cámara gástrica con cambios quirúrgicos. Se coloca drenaje percutáneo en la colección para su vaciamiento y se realiza gastroscopia visualizándose cavidad gástrica modificada con zona estenótica subcardial con acodadura que dificulta el paso del endoscopio. Se observa orificio fistuloso supraestenótico. Se decide colocación de endoprótesis metálica recubierta autoexpandible esofágica de 240 x 30 mm tipo Hanarostent Esophagus Bariatric Surgery mediante posicionamiento con hilo guía, marcaje de píloro con inyección de contraste y control radioscópico directo. La paciente evolucionó favorablemente con resolución de colección en 5 días y buena tolerancia de la prótesis.

COMENTARIOS: Según nuestra experiencia, las prótesis bariátricas metálicas son una alternativa eficaz en el tratamiento conservador de la DS en pacientes con gastrectomía tubular.

El éxito en su colocación está condicionado por su implantación bajo control radiológico exclusivo y marcaje adecuado de referencias anatómicas.

Colocación por radioscopia directa.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

TAC abdomen posterior.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-11

C.P.R.E. EN PACIENTE CON DIVERTÍCULO DE ZENKER

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

De La Morena Madrigal, Emilio
Hospital Moncloa, Madrid

INTRODUCCIÓN: Mujer de 67 años con divertículo de Zenker (DZ) pendiente de tratamiento por ORL a la que se indica una CPRE. La gastroscopia confirma la existencia de un DZ menor de 3 cm pero se fracasa en la intubación esofágica con el duodenoscopio a pesar de la asistencia con guía y radioscopia.

ENDOSCOPIA: Realizada bajo intubación orotraqueal. Sobre la guía implantada con el gastroscopio se inserta un diverticuloscopio flexible modificado mediante la sección de la lengüeta diverticular. Una vez introducida la lengüeta esofágica sin superar el músculo cricofaríngeo con el segmento cilíndrico del sobretubo y bajo control endoscópico frontal directo, se realiza un giro axial de 180º del diverticuloscopio que coloca la lengüeta esofágica en posición posterior ocluyendo la boca del divertículo. El gastroscopio es reemplazado por el duodenoscopio con el cual se intuba el esófago con facilidad completándose la CPRE sin incidencias.

COMENTARIOS: Las publicaciones más antiguas acerca de la intubación esofágica con el duodenoscopio en pacientes con DZ que precisan una CPRE emplean un sobretubo que condiciona el uso de duodenoscopios de pequeño calibre y canal de trabajo. Las más recientes emplean la asistencia con guías/catéteres para permitir el uso de duodenoscopios terapéuticos. No obstante, resulta imposible determinar la tasa de éxitos de cada opción. Nuestra técnica propuesta emplea un sobretubo de gran calibre (permitiendo el uso del duodenoscopio terapéutico) y no exige la intubación total esofágica (reduciendo el riesgo de lesiones parietales). Es reproducible y aplicable con otros endoscopios de gran calibre como los ecoendoscopios.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-08

COLOCACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR EN HIPOFARINGE ABOCADA A ORIFICIO CUTÁNEO TRAS CIRUGÍA URGENTE DE NECROSIS ESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA DE CÁUSTICOS

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Castillo Pradillo, Marta; Nogales Rincón, Oscar; Ávila Alegría, Juan Carlos; Clemente Sánchez, Ana; Díaz Ruiz, Raquel; Lastra Andrade, Paola; Sanjuan Acosta, Mileidis; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las lesiones por ingesta cáusticos pueden ser potencialmente mortales y requieren un seguimiento estrecho.

ENDOSCOPIA: Mujer de 32 años, con trastorno límite de la personalidad, que ingresó tras intento autolítico por ingesta de aguafuerte. En la endoscopia urgente presentaba lesiones esofágicas correspondientes con un grado IIIA de Zargar y afectación gástrica grave. A las 24 horas sufrió una perforación gástrica por lo que se realizó gastrectomía total, resección esofágica distal con esofagostoma cervical de descarga y yeyunostomía de alimentación. A los dos meses, se objetiva sinequia completa de la hipofaringe por lo que el servicio de ORL realizó hipofaringuectomía circular y reconstrucción con injerto libre microvascular radial, que se abocó a la piel infraclavicular derecha. Sin embargo, tras no conseguir una deglución satisfactoria, se realizó exploración quirúrgica en la que se apreció colapso del colgajo en su parte superior, por lo que decidió en colaboración con nuestro servicio la colocación de una prótesis biliar entre neohipofaringe y piel, con buen resultado funcional. Se pasó una guía metálica a través del orificio cutáneo situado en región infraclavicular derecha, recuperándose en hipofaringe para su extracción oral y colocando prótesis biliar cubierta de 10 x 80 mm tutorizando el trayecto entre neohipofaringe y piel. Así se consiguió evitar el colapso de la neohipofaringe durante el movimiento deglutorio logrando un buen control del débito salivar, y sirviendo dicha estrategia como puente a la cirugía definitiva. Posteriormente se realizó cirugía de reconstrucción digestiva.

COMENTARIOS: El abordaje multidisciplinar permitió la resolución de un problema complejo con mínima invasividad.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-20

QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL CON PAPILA INCLUIDA

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Iriarte, Ainara; Valdivielso, Eduardo; Sainza, Elisabeth; Cebrián, Alba; Saldaña, Cristina; Bolado, Federico; Urman, Jesús; Ruiz Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Jiménez, Francisco J; Vila, Juan J.

Unidad de Endoscopia. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Los quistes de duplicación (QD) son raros (1/10.000) y en duodeno excepcionales (5% de QD).

ENDOSCOPIA: Paciente de 42 años con pancreatitis crónica con reagudización recurrente por pancreatolitiasis en conducto ventral. En segunda porción duodenal encontramos conglomerado de pliegues con orificio amplio en porción proximal a través del que se accede a una cavidad quística, sin identificar ampolla de Vater. Con la sospecha de QD y ante la patología de la paciente, canulamos papila minor situada por encima del QD. Colocamos prótesis pancreática en Santorini, a través de la que pasamos guía a conducto ventral orientándola hacia teórica posición de la papila mayor, comprobando que al inyectar contraste sale al QD. Pasamos guía al QD pero no a luz duodenal por lo que no completamos rendezvous minor-mayor. Asegurado el drenaje pancreático se finaliza la CPRE. Tras dos nuevos episodios de pancreatitis en 3 meses, se repite colangio-RNM objetivando numerosos cálculos en conducto ventral y Santorini. Se plantea tratamiento endoscópico o quirúrgico decidiéndose pancreatectomía cefálica. En la pieza quirúrgica se confirma la presencia de QD con la papila mayor incluida.

COMENTARIOS: En nuestro caso la pancreatitis crónica estaba causada por la dificultad de drenaje de la papila mayor incluida en el QD. No hemos encontrado descrito en la literatura esta asociación. Inicialmente intentamos asegurar el drenaje a través de papilar minor, pero este planteaminento fue ineficaz. Ante la progresión de las litiasis y la voluntad de la paciente de una solución definitiva decidimos tratamiento quirúrgico.

Imagen 1.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-23

HEMORRAGIA SEVERA DIFERIDA POST-DRENAJE TRANSMURAL CON PRÓTESIS METÁLICA DE NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA (WOPN) TRATADA MEDIANTE EMBOLIZACIÓN Y NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POR IRRIGACIÓN

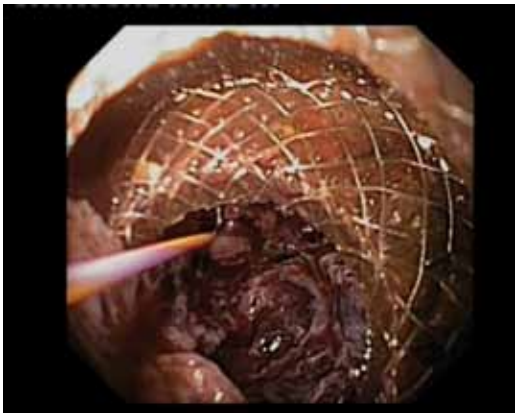
Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Huertas Nadal, Carlos [(1)]; Consiglieri, Claudia [(2)]; De La Hera, Meritxell [(2)]; Sánchez, Lia Tamar [(2)]; Pons, Carles [(2)]; Salord, Sílvia [(2)]; Gornals, Joan B. [(2)]

[(1)] Hospital Universitario Dr. Josép Trueta, Girona; [(2)] Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La WOPN (*walled-off pancreatic necrosis*) se define como una colección heterogénea de necrosis pancreática y/o peripancreática con componente líquido y sólido, encapsulada, con pared definida y maduración superior a 4 semanas derivada de una pancreatitis aguda necrotizante. El tratamiento endoscópico suele requerir sesiones de necrosectomía mecánica con complicaciones potencialmente graves, aunque con morbilidad inferior a la cirugía.

ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de un varón de 69 años con antecedentes de pancreatitis necrotizante medicamentosa y persistencia 4 meses después de una colección pancreática sólido-quística en cuerpo y cola de 120 x 100 mm que condicionaba compresión vascular de la arteria esplénica y circulación colateral. Se realizó drenaje transmural con prótesis Axios de 10 x 10 mm. A los 26 días presentó una hemorragia grave intraquística secundaria a pseudoaneurisma de la arteria gástrica izquierda que requirió embolización urgente. La colección con abundante contenido hemorrágico (Imagen 1) fue tratada mediante sesiones de lavados enérgicos por irrigación (Bomba OFP) con suero salino (6 sesiones, 500-700 ml/sesión; volumen total administrado de 4L) a través de la prótesis descrita con pigtail 10Fr coaxial y catéter nasoquístico (Imagen 2). A los 110 días del drenaje se comprobó resolución radiológica de la colección (Imagen 3) con migración parcial de la prótesis metálica que se extrajo finalmente sin incidencias.



COMENTARIOS:

- El tratamiento endoscópico de la WOPN requiere una valoración previa multidisplicinar entre cirujanos, radiólogos intervencionistas y endoscopistas.
- La necrosectomía por irrigación puede ser una opción terapéutica útil en el manejo de la hemorragia severa post-drenaje transmural.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

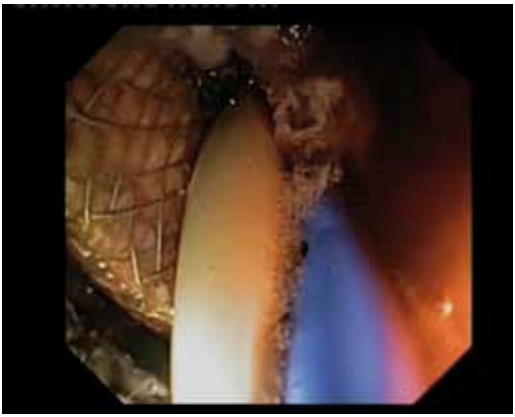


Imagen 2.

Imagen 3.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CE-25

COLEDOCOLITIASIS DE GRAN TAMAÑO RESUELTA MEDIANTE LA COMBINACIÓN DE LITOTRICIA EXTRACORPÓREA Y CPRE

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Zozaya, Francisco Javier; Marra, Carlos; Enciso, Carlos; Urtasun, Leire; Ganchegui, Idoia; Larrinaga, Jon; Orive, Aitor
Hospital Universitario de Álava, Vitoria

INTRODUCCIÓN: Mujer 67 años. Colecistectomizada. Ha precisado 6 CPRE por coledoscolitiasis residuales (en tres de ellas colocando una prótesis plástica por persistencia de fragmentos a pesar de limpieza con balón de Fogarty y cesta Dormia). Ingresa para realización de CPRE por coledocolitiasis de gran tamaño (25 mm) objetivada mediante RMN.

ENDOSCOPIA: Se realiza CPRE objetivando vía biliar dilatada (2.5 cm) y dos grandes cálculos (15 y 25 mm). **Imagen 1**. Se realiza esfinteroplastia hasta 15 mm sobre esfinterotomía previa. Se intenta sin éxito la extracción de las litiasis con balón de Fogarty y cesta Dormia. Se introduce cesta litotriptora fragmentando parcialmente una de las litiasis sin poder extraerla, por lo que se coloca drenaje nasobiliar de 7F. Se realizan lavados diarios con suero fisiológico con controles radiológicos de forma periódica sin objetivar cambios del tamaño de las litiasis.

Junto al Servicio de Urología se decide realizar litotricia extracorpórea, introduciendo contraste a través del drenaje localizando las litiasis y así poder disparar unas 2.000 ondas de choque.

Posteriormente se realiza nueva CPRE objetivando 4 defectos de repleción de entre 10 y 20 mm. **Imagen 2**. Se aumenta la esfinteroplastia previa hasta 17 mm, extrayendo en un segundo tiempo todos los fragmentos con un balón de arrastre XXL y una cesta Dormia litotriptora. La colangiografía final es normal.

COMENTARIOS: En coledocolitiasis de gran tamaño la combinación de litotricia extracorpórea y CPRE puede tratarse de una alternativa eficaz. Principalmente cuando de forma independiente no han sido resolutivas.

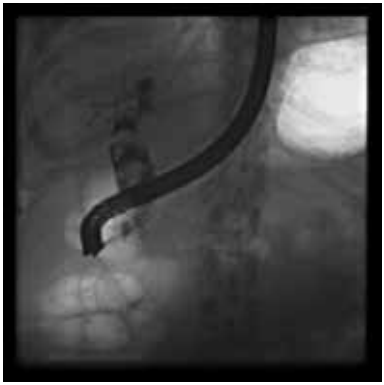


Imagen 1.

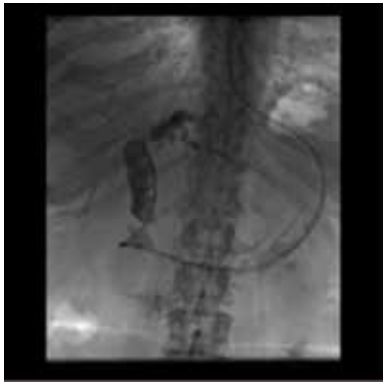


Imagen 2.

ECOENDOSCOPIA

CE-04

UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA USE-PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS PORTAL TUMORAL

Casos Endoscópicos I. 06/11/2014 16:00

Aparicio Tormo, José Ramón [(1)]; López, Eduardo [(2)]; Martínez, Juan [(1)]; Ruiz, Francisco [(1)]; Compañy, Luis [(1)]; Casellas, Juan Antonio [(1)]

[(1)] Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; [(2)] Hospital de Cabueñes, Gijón

INTRODUCCIÓN: Sólo hay 3 casos publicados de USE-PAAF de la vena porta para el diagnóstico de trombosis tumoral. Presentamos tres casos en los que la USE-PAAF confirmó la existencia de una trombosis tumoral de la vena porta en ausencia de un tumor primario visible.

Caso 1: Mujer de 77 años sin antecedentes de hepatopatía que ingresa por dolor abdominal. VHC positivo. El TC muestra trombosis tumoral de la vena porta. Dudosas lesiones focales hepáticas que no se visualizan en ecografía percutánea. La USE-PAAF confirmó el diagnóstico de hepatocarcinoma.

Caso 2: Varón de 53 años ingresa por dolor y fiebre de 38º. VHB tratado hace 20 años. AFP normal. La ECO objetiva múltiples lesiones hepáticas y trombosis portal sugestiva de proceso infeccioso con trombosis asociada. El TC no identifica lesiones hepáticas y se observa un área mal definida en el cuerpo de páncreas con leve dilatación del Wirsung. La USE muestra un páncreas normal con trombosis extensa de porta. Se realiza PAAF con diagnóstico de hepatocarcinoma.

Caso 3: Varón de 74 años sin antecedentes de hepatopatía remitido para USE-PAAF de adenopatías mediastínicas. La USE muestra adenopatías subcarinales y trombosis portal extensa sin lesiones focales hepáticas ni pancreáticas. Se realiza PAAF de varias adenopatías sin evidencia de malignidad y del trombo de la porta que muestra la presencia de un carcinoma mal diferenciado.

No hubo complicaciones en ninguno de los tres casos.

COMENTARIOS: La USE-PAAF es un método útil y seguro para el diagnóstico de la trombosis tumoral de la vena porta.

ECOENDOSCOPIA

CE-19

HALLAZGOS ECOENDOSCÓPICOS EN LA INFESTACIÓN POR ANISAKIS

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Arranz Álvarez, María; Mateos Sánchez, Patricia; Martínez Sánchez, Alba; Sánchez Ceballos, Francisco Luis; Sevilla Mantilla, Concepción; Rey Díaz-Rubio, Enrique; Esteban López-Jamar, José Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: En el estudio de la patología biliopancreática por ecoendoscopia se debe prestar atención a otras posibles patologías que pueden diagnosticarse.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad remitida por un cuadro de epigastralgia atípica de un mes de evolución. Se realiza una analítica que muestra discreta elevación de amilasa y lipasa. En la ecografía de abdomen se evidencia una lesión quística de 5 mm en cuerpo de páncreas. Se solicita ecoendoscopia para completar el estudio y descartar microlitiasis.

ENDOSCOPIA: En la ecoendoscopia se confirma existencia de barro biliar, evidenciando de manera casual que la pared gástrica presenta en una zona (en la que endoscópicamente existe engrosamiento de la pared) un engrosamiento de la capa 3 (submucosa) que adquiere una morfología en "red" o en "panal de abeja". Al instilar agua en la cavidad gástrica se evidencia la existencia de un anisakis que extraemos endoscópicamente. El estudio del parásito confirma que se trata de un "*Anisakis pegreffi*". La ecoendoscopia de control realizada 2 meses después demostró la resolución del engrosamiento de la pared.

COMENTARIOS: En el año 1995 Songür y cols describen en el GIE los hallazgos ecoendoscópicos de la infestación por anisakis. Hawes, Fockens y Varadarajulu hacen referencia a este artículo en su tratado. Presentamos las imágenes y el vídeo del caso haciendo especial hincapié en la especie de Anisakis que puede permanecer más tiempo en cavidad gástrica.

Se adjuntan imágenes de USE y vídeo de extracción endoscópica.

ECOENDOSCOPIA

CE-22

ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA CON CONTRASTE (USE-C) Y CON PUNCIÓN (USE-PAAF) EN UN CASO DE PANCREATITIS DEL SURCO

Casos Endoscópicos II. 06/11/2014 18:00

Romero Romero, Esteban; Pérez Carreras, Mercedes; Garrido Gallego, Francisco; Pérez Barrios, Andrés; López Martínez, Cristina; De Las Heras Páez, Berta; Saenz López, Sonia; Díaz Tasende, Jóse; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Castellano Tortajada, Gregorio
Hospital 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis del surco (PS), también llamada "distrofia quística duodenal", es una forma rara de pancreatitis crónica (PC), relacionada con la presencia de un páncreas aberrante duodenal y abuso de alcohol. Suele presentarse como una seudomasa en la encrucijada duodeno-pancreática, difícil de diferenciar de un adenocarcinoma pancreático. Presentamos un caso de PS en una mujer de 48 años con sospecha radiológica de tumor en la cabeza del páncreas, en la que la USE-C y la USE-PAAF sirvieron para establecer el diagnóstico.

ENDOSCOPIA: En la USE la cabeza pancreática aparecía globulosa, con cambios de pancreatitis crónica y dilatación del Wirsung, así como afilamiento del colédoco distal y lesiones quísticas dependientes de la capa muscular duodenal (vídeo 1). No se detectaron áreas sospechosas en la USE-C (vídeo 1). La USE-PAAF permitió descartar malignidad, confirmar PC, y obtener líquido de las lesiones duodenales, todo ello concluyente con PS (vídeo 2).

COMENTARIOS: Aunque el diagnóstico definitivo de la PS requiere la resección quirúrgica, es posible que la USE-C y la confirmación mediante citología y aspirado del líquido quístico duodenal (USE-PAAF), permitan dar una oportunidad al manejo conservador y deban ser incluidas en el algoritmo diagnóstico de esta entidad.

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

VIDEOFORUM

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

V-11

CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESOFÁGICA ANASTOMÓTICA REFRACTARIA MEDIANTE TRATAMIENTO SERIADO COMBINANDO PRÓTESIS ESOFÁGICAS CUBIERTAS, CLIP OVESCO®, Y HEMOCLIPS

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

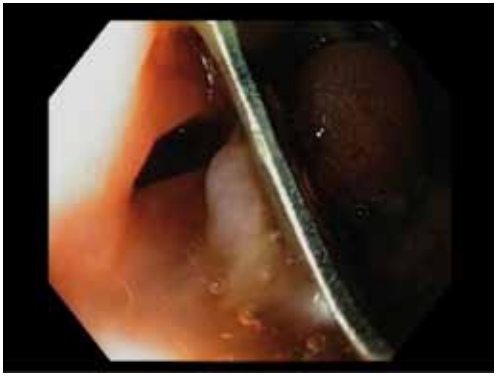
Santos Santamarta, Fernando [1]; Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón [1]; González Redondo, Guillermo [2]; Amo Alonso, Rebeca [1]; Loza Vargas, Luz Andrés [1]; Peñas Herrero, Irene [1]; Núñez Rodríguez, Henar [1]; Díez Redondo, Pilar [1]; De La Serna Higuera, Carlos [1]; Pérez-Miranda, Manuel [1]

[1] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [2] Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Las fístulas anastomóticas del tubo digestivo son una grave complicación. Pueden abordarse endoscópicamente mediante prótesis esofágicas cubiertas o diversas técnicas de cierre directo, a veces mediante ensayo y error.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 61 años con esofaguectomía distal y reconstrucción mediante gastroplastia por adenocarcinoma esofágico estadio T2N0M0. Al séptimo día presenta dehiscencia de sutura, con derrame pleural izquierdo. Se visualiza mediante gastroscopia dos orificios fistulosos en la anastomosis entre esófago proximal y gastroplastia. Se coloca prótesis esofágica parcialmente cubierta. Sin embargo persiste el derrame pleural, con fuga de contraste. Se extrae la prótesis esofágica endoscópicamente, colocando sobre los orificios un clip de nitinol de gran tamaño (Ovesco®) y posteriormente una nueva prótesis esofágica totalmente cubierta. En una tercera gastroscopia una semana después por fístula persistente, se retira la prótesis y se visualiza un pequeño defecto mucoso en la línea de sutura, adyacente al clip Ovesco® (fig. 1) Se cierra con dos hemoclips, colocando una tercera prótesis metálica parcialmente cubierta para excluir el segmento de la anastomosis. La evolución clínica posterior es favorable, documentando mediante enteroclisis la estanqueidad del cierre. Se retiran la prótesis esofágica y el clip de nitinol.

CONCLUSIONES: La contribución de las técnicas de cierre directo al éxito del tratamiento endoscópico combinado de las fístulas refractarias puede ser crucial cuando el sellado mediante prótesis sea ineficaz, como en el caso de las gastroplastias. Un pequeño defecto susceptible de cierre con hemoclips fue causa (finalmente resuelta) de fístula persistente.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-02

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA SOBRE VÁLVULA ILEOCECAL. UTILIDAD DEL COLONOSCOPIO RETROVIEW (REM-CR)

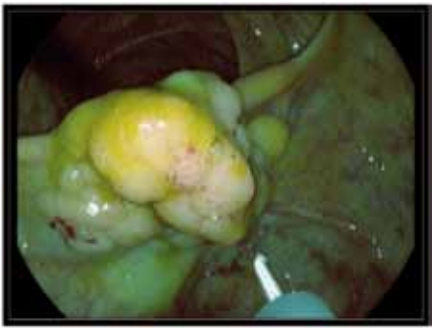
Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Ramos, Felipe; Moreno, Luis; Gil, Cristina; Gento, Elena; Beleta, Esther; Matas, José Luis; Minguillan, Javier; García-Mayor, Mª Ángeles; Gongorra, Andrea
HM Hospitales – Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid

INTRODUCCIÓN: La resección endoscópica mucosa (REM) es una técnica terapéutica avanzada que se ha consolidado para el tratamiento de los pólipos complejos de colon. Las lesiones localizadas en la válvula ileocecal son difíciles de visualizar de forma completa, y por consiguiente su tratamiento endoscópico puede tener menos éxito. Actualmente se dispone de colonoscopios que permiten la retroversión con facilidad y aportan un "extra" a la terapéutica avanzada.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Se describe la realización de REM con el colonoscopio retroview (REM-CR) en pólipos localizados en la válvula ileocecal con crecimiento retrovalvular en la cara cecal. Se utiliza este nuevo colonoscopio para realizar la retroversión en ciego. Este endoscopio permite un giro de 210º, lo que se asemeja en flexibilidad distal a un gastroscopio. Se consigue una valoración completa de toda la válvula ileocecal, incluida una clara visión el orificio valvular y la cara "oculta" del ciego. Se presentan 2 casos con fracaso de polipectomía convencional. En ambos casos se observa un gran crecimiento adenomatoso en la zona retrovalvular, origen del fracaso de la primera terapéutica. La REM-CR se realiza con garantía posicionando el endoscopio en ciego. Permite la REM fragmentada con piezas de gran tamaño. La visión completa de la escara posibilita completar la técnica con la utilización de Argón y hemoclips.

CONCLUSIONES: La REM-CR es una técnica útil que permite realizar con garantía un tratamiento endoscópico sobre lesiones de gran tamaño localizadas en la válvula ileocecal.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-05

RESECCIÓN DE TUMORES GASTROINTESTINALES DE GRAN TAMAÑO CON ENDOLOOP: "LOOP AND LET GO"

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Vargas García, Alba L [(1)]; Oriol, Miquel [(1)]; Figa, Montserrat [(2)]; Alburquerque, Marco [(3)]; González-Huix, Ferrán [(1)]

[(1)] Clínica Girona, Girona; [(2)] Hospital Josép Trueta, Girona; [(3)] Hospital De Palamós, Girona

INTRODUCCIÓN: Técnica "loop and let go": colocación de "endoloops" sucesivos en base de implantación de lesiones polipoides, sin resección inmediato, para inducir necrosis isquémica por estrangulación. Indicación: lesiones submucosas sintomáticas, benignas en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

DESCRIPCIÓN: Técnica de "loop and let go" en cuatro tumores mucosos/submucosos, intraluminales benignos, sintomáticos de gran tamaño: 1 lipoma colónico y 1 pólipo inflamatorio de sigma con obstrucción intestinal incompleta y 1 GIST gástrico y otro duodenal con hemorragia digestiva. En todos diagnóstico previo de benignidad y necesidad de cirugía de alto riesgo por edad avanzada o comorbilidad significativa. Resección endoscópica mediante colocación de endoloops sucesivos, en endoscopias repetidas cada 2-7 días hasta comprobar necrosis completa del tumor. Cuando la base de implantación de la lesión es más laxa, elástica y delgada, el efecto de estrangulación es mayor requiriendo menos endoloops: lipoma 1 endoloop, pólipo fibroide inflamatorio 2 endoloops, GISTs 3 y 4 endoloops. Resección segura, completa y efectiva en 3 de 4 casos.

CONCLUSIONES: La técnica de "loop and let go" permite resecar lesiones intramurales submucosas benignas sintomáticas de gran tamaño de forma segura y efectiva en casos de riesgo quirúrgico alto. El grosor y elasticidad de la base de la lesión se relaciona con número de endoloops necesarios. Si es factible es más rápida y segura que la DSE.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-07

RESECCIONES MUCOSAS ENDOSCÓPICAS DIFICULTOSAS CONSEGUIDAS GRACIAS A CAPUCHÓN

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Albéniz Arbizu, Eduardo; Fraile González, María; León Brito, Helena; Areste Anduaga, Irene; Zúñiga Ripa, Alba; Ruiz-Clavijo García, David; Estremera Arévalo, Fermín; Eguaras Ros, Javier; Pueyo Royo, Antonio; Jiménez Pérez, Javier; Guerra Lacunza, Ana
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Los capuchones plásticos se utilizan en endoscopia desde hace más de dos décadas.

Ofrecen diversas ventajas como la mejora en la visualización, manteniendo una correcta distancia a las lesiones, suavizan pliegues, estabilizan la posición del endoscopio, permiten alinear la zona a tratar con el canal de trabajo y aumentan la capacidad de succión, entre otras.

DESCRIPCIÓN: Presentamos 6 casos de resecciones difíciles exitosas gracias a la utilización de un capuchón blando (Disposable distal Attachment D-201. Olympus ®. Japan).

Caso 1: Adenoma en segunda porción duodenal. Hemostasia preventiva.

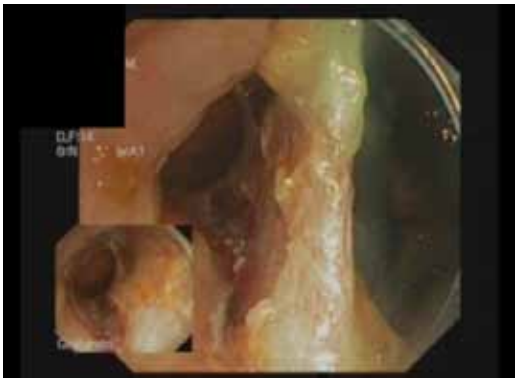
Caso 2: Adenoma en vertientes craneal y caudal de la válvula íleocecal (VIC).

Caso 3: Adenoma sobre la VIC remitido tras un intento de resección previa en el que se resecaron unos 4 cm de pólipo.

Caso 4: Adenoma plano de 40 x 30 mm que se extendía por la vertiente colónica de la VIC y que afectaba al 90% de la circunferencia de los 15-20 mm distales del íleon.

Caso 5: Adenoma velloso en la unión recto-sigmoidea que provocaba diarrea acuosa. Hemostasia con clip tras sangrado arterial.

Caso 6: Adenoma con displasia de alto grado en recto distal con extensión hasta la línea pectínea.



Caso 4.

CONCLUSIONES: El uso de capuchones facilita la resección de pólipos complejos, que anteriormente eran considerados como clara indicación quirúrgica.

Suponen una herramienta de gran ayuda para la realización de la hemostasia preventiva o urgente.

Pese a que no existen estudios controlados en estos supuestos, consideramos muy recomendable la generalización de su uso en resecciones complejas.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-10

SB-KNIFE JR TYPE: UN NUEVO INSTRUMENTO DISEÑADO ESPECÍFICAMENTE PARA LA DSE COLORECTAL

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Del Pozo García, Andrés; Marín Gabriel, José Carlos; Díaz Tasende, José; Sánchez Gómez, Fernando; Pérez Carreras, Mercedes; Castellano Tortajada, Gregorio

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las características de la pared del colon dificulta la realización de una disección submucosa endoscópica (DSE) en este órgano. Con el fin de reducir estas dificultades se desarrollan continuamente nuevas herramientas que pretenden simplificar el procedimiento y reducir la incidencia de perforaciones. El SB-knife Jr. es un instrumento desarrollado para mejorar la seguridad y velocidad de la disección durante la DSE colorrectal.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Se muestra el caso de una paciente con una neoplasia colorrectal de morfología LST-G homogéneo, de aprox. 25 mm de diámetro. Se llevó a cabo el corte circunferencial alrededor de la lesión utilizando endobisturí tipo Flush-knife de 1,5 mm.

La fase de disección se realizó con SB-knife Jr. Este bisturí tiene forma de tijeras La longitud de y apertura máxima del instrumento es de 3.5 y 4.5 mm respetivamente, e incorpora un electrodo central de 1.2 mm rodeado de una cobertura con aislante eléctrico. Sólo el tejido capturado por las tijeras puede ser cauterizado.

El procedimiento duró 230 min. y no se produjeron complicaciones durante la DSE. La neoplasia se resecó en bloque. El estudio histológico demostró la presencia de un adenoma tubular con DAG. La resección mostró ausencia de afectación por la displasia de los márgenes laterales y profundo (R0).

CONCLUSIONES: El SB-knife Jr. es un nuevo endobisturí seguro y eficaz para la realización de DSE colorrectal. Su forma permite realizar hemostasia y disección al mismo tiempo y previene la perforación al estar todo el cuerpo del mismo aislado completamente.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-12

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS POSTQUIRÚRGICA DE ANASTOMOSIS COLORECTAL: ELECTROINCISIÓN CON IT-KNIFE Y DILATACIÓN CON BALÓN

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

González Partida, Irene; Herreros De Tejada Echanojauregui, Alberto; Pons Renedo, Fernando; León Fernández, Carmen; Abreu García, Luis E.
Hospital Universitario Puerta De Hierro, Majadahonda

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 62 años sometido a proctosigmoidectoía con anastomosis colorectal por neoplasia rectal. Por estenosis de la misma el paciente presenta varios cuadros suboclusivos. Se realiza dilatación con balón en al menos dos sesiones 15 mm. Tras ello el paciente continua con clínica suboclusiva por lo que se decide llevar a cabo la técnica que se describe a continuación.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Se trata de la realización de varios cortes radiados en la estenosis con cuchillo de corte y electrocoagulación *(IT-Knife)*. Tras ello, se procede a realizar dilatación estenosis con balón de dilatación, con diámetros de 15, 16 y 17 mm, comprobándose la posterior permeabilidad al paso del colonoscopio. Se revisa a los 3 meses con nueva colonoscopia con resolución de la estenosis.

CONCLUSIONES: En las estenosis postquirúrgicas colónicas la técnica endoscópica de elección es la dilatación con balón. En la mayoría de los casos, la realización de varias sesiones solventa el problema. Los casos refractarios, son enviados de nuevo a cirugía. Sin embargo la realización de la técnica que nosotros describimos creemos que debería tenerse en cuenta en dichos casos. Aunque las series de casos son escasas y de pocos pacientes, la experiencia predice que se trata de una técnica eficaz y segura.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

V-16

CROMOENDOSCOPIA SUBMUCOSA. UNA MODALIDAD PARA DELIMITAR LOS EPITELIOS Y FACILITAR LA POLIPECTOMÍA

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

Dolz Abadía, Carlos; Vilella, Ángels; Brotons, Álvaro; Chiachi, Rocío
Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN: Cromoendoscopia se define como la aplicación tópica de colorantes con el objetivo de remarcar las características propias de los tejidos El colorante más utilizado en patología colónica es el Índigo carmín. La técnica clásica consiste en teñir una lesión inyectando mediante un catéter spray.

La inyección de índigo carmín en la submucosa es una variante de la modalidad clásica. La inyección de una solución en la capa submucosa produce un abombamiento que no aparece si se inyecta en la capa muscular. Añadir índigo carmín a la solución inyectada colorea el habón creado y garantiza que la capa inyectada es la submucosa. Ello protege del riesgo de perforación al realizar una polipectomía.

Aunque el Índigo carmín es muy utilizado en la técnica de la Disección Endoscópica Submucosa, no está estandarizada su técnica ni existe demasiada información sobre cómo, cuándo y dónde utilizarlo.

OBJETIVO: Establecer la técnica de la cromoendoscopia submucosa, composición de la solución y los beneficios que ofrece en la resección de lesiones de colon y recto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Sustancia y material	Dosis /medida	Observaciones
Suero fisiológico	100 ml	Más práctico que ir cargando jeringas de 10 ó 20 cc. Sirve para toda una jornada.
Adrenalina	1 mg	10 veces menor que la concentración con fines hemostáticos. Remarca los epitelios más vascularizados.
Índigo Carmín	0,4 cc de una solución al 0,8%	Tomo azulado “pastel” suficiente para los objetivos deseados.
Aguja de inyección	25 G	Mayor diámetro: fuga de la solución por el oficio de punción.

RESULTADOS: Durante las proyecciones de vídeo se comentarán las recomendaciones sobre los pasos a seguir durante la técnica de inyección, la justificación a dichas recomendaciones y los efectos beneficiosos que se obtienen.

CONCLUSIONES: La cromoendoscopia submucosa delimita y caracteriza mejor los diferentes epitelios. Determina la morfología de la base de implantación de las lesiones. Hace posible una polipectomía imposible. Asegura la sección por el plano submucoso. Facilita la detección de una perforación.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-03

ESFINTEROTOMÍA ANTERÓGRADA MEDIANTE COLANGIOSCOPIA PERORAL TRANSHEPÁTICA

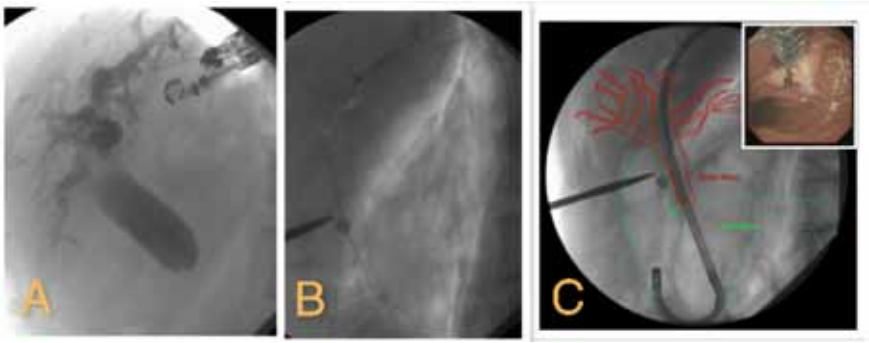
Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón; Peñas, Irene; Santos Santamarta, Fernando; García Guerrero, Tomás; González Redondo, Guillermo; Gil Simón, Paula; Núñez Rodríguez, Henar; Díez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda Castillo, Manuel
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La patología biliar crónica es fuente importante de morbilidad en pacientes con múltiples cirugías abdominales. Los abordajes percutáneos, intraoperatorios o basados en enteroscopia tienen limitaciones. Describimos una nueva técnica de esfinterotomía anterógrada mediante colangioscopia peroral transhepática en un paciente con Y-de-Roux y esfinteroplastia quirúrgica estenosada.

DESCRIPCIÓN: Varón, 52 años. Gastrectomía total con esofagoyeyunostomía Y-de-Roux por adenocarcinoma gástrico T2N1 14 años antes. Colecistectomía abierta con esfinteroplastia quirúrgica y extracción de coledocolitiasis. Tres episodios de colangitis en 7 meses tras la colecistectomía. Por antecedentes de CPRE fallida, se practica colangiografía guiada por ecoendoscopia. La punción transyeyunal de la vía biliar intrahepática izquierda confirma dilatación extra e intrahepática (Fig. 1A). Tras fracasar el paso transpapilar anterógrado de guía al duodeno se realiza hepaticoyeyunostomía con prótesis metálica autoexpandible cubierta (PMAC). Se realiza colangioscopia anterógrada pasando un gastroscopio transnasal a través de la PMAC hepaticoyeyunal. La esfinteroplastia quirúrgica está sellada por tejido cicatricial. Se diseca la papila con needle-knife bajo colangioscopia y escopia, pasando una guía a duodeno. Se intercambia sobre guía el gastroscopio por duodenoscopio, insertando una segunda PMAC a través de la primera y liberándola en posición transpapilar (Fig. 1B). Se reintroduce el gastroscopio transnasal a través de ambas PMAC hasta duodeno, completando la esfinterotomía endoscópica con needle-knife sobre la PMAC transpapilar mediante retroflexión (Fig. 1C). No se registraron complicaciones. Cinco meses después el paciente se encuentra asintomático, pendiente de retirada de prótesis.

CONCLUSIONES: Las anastomosis con PMAC guiadas por ecoendoscopia permiten soluciones a medida y poco invasivas en pacientes anatómica, técnica y clínicamente complejos.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-04

YEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (YEP) AL ASA AFERENTE PARA ENDOTERAPIA TRANSPROSTÉTICA (PATENT) MEDIANTE COLANGIOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN DOBLE Y DE ROUX

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Busto Bea, Víctoria; González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Peñas Herrero, Irene; Díez Redondo, Pilar; Núñez , Henar; Gil Simón, Paula; De La Serna-Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Cuando es imposible acceder por enteroscopia al asa aferente, el acceso percutáneo transentérico mediante cirugía o mediante la inserción temporal de una prótesis metálica actuando como trócar (PATENT) permiten la CPRE. Presentamos una triple modificación del PATENT empleando a) colangioscopia transhepática anterógrada en vez de enteroscopia para realizar YEP; b) prótesis de aposición luminal (PAL) en vez de convencional; y c) colangioscopia vía PATENT, en un paciente con nueve laparotomías y doble Y-de-Roux (gastroyeyunostomía y hepaticoyeyunostomía) que impideron el acceso retrógrado a vía biliar mediante enteroscopia. Se desestimó la décima laparotomía, pese a tener sepsis biliares recidivantes y hepatolitiasis demostrada por resonancia.

DESCRIPCIÓN: Intervención en tres tiempos. Primero: Hepatico-yeyunostomía guiada por ecoendoscopia (HYE), insertando doble prótesis metálica cubierta solapada desde yeyuno adyacente a gastroyeyunostomía hasta vía intrahepática izquierda y hepatico-yeyunostomía quirúrgica (HYQ). Segundo: Colangioscopia transhepática anterógrada con gastroscopio transnasal a través de HYE y HYQ hasta asa aferente para practicar YEP. Al no lograrse transiluminación, se dirige punción percutánea del asa aferente mediante ecografía, instilando líquido por el gastroscopio. Tras dilatar trayecto de punción, se practica YEP insertando PAL percutánemente al asa aferente. Tercero: Colangioscopia percutánea retrógrada vía PATENT a través de PAL. Se dilata estenosis dominante del hepático derecho, demostrando ausencia de hepatolitiasis por colangioscopia.

CONCLUSIONES: La solución endoscópica de este caso anatómicamente complejo con morbilidad grave secundaria a patología biliar no susceptible de tratamiento convencional ilustra las sinergias entre las anastomosis USE-guiadas, el acceso percutáneo transentérico, los nuevos diseños y aplicaciones de las prótesis metálicas y la colangioscopia terapéutica directa.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-06

TRATAMIENTO DE LITIASIS COMPLEJA EN PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE (PCC) CON LITOTRICIA ELECTROHIDRAÚLICA (LHE) GUIADA POR PANCREATOSCOPIA

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Puchades Renau, Lorena; Alonso Lázaro, Noelia; Argüello Viúdez, Lidia; Ponce Romero, Marta; Bustamante Balén, Marco; Pons Beltrán, Vicente
Hospital Universitari I Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal por PCC puede ser secundario a la hiperpresión generada por la obstrucción ductal por las litiasis.

El tratamiento puede ser endoscópico (asociando litotricia extracorpórea) o quirúrgico. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) tiene una eficacia limitada debido a la presencia de estenosis y a las litiasis complejas (≥ 5 mm); por ello la LHE guiada por pancreatoscopia puede ser un instrumento útil.

En nuestro centro se han realizado 4 pancreatoscopias, 3 de ellas con LHE.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Presentamos el caso de una mujer de 47 años con dolor crónico por PCC. En la primera CPRE, se observó una estenosis franqueable en la cabeza y una litiasis de 15 mm en el cuerpo pancreático. Tras la esfinterotomía pancreática y dilatación de la estenosis se fracasó en extraer la litiasis, insertándose una prótesis plástica.

En una segunda CPRE se retiró la prótesis y se realizó esfinteroplastia con balón de 10 mm. Se introdujo el pancreatoscopio (Spyglass Direct Visualizatin System; Boston Scientific) irrigando la vía pancreática con suero salino y enfrentando la litiasis. Bajo visión directa se introdujo la sonda de LHE (Autholith; Northgate Technologies) y se aplicaron 694 ondas de choque a una potencia de 50-100W, consiguiendo la fragmentación y extracción parcial de la litiasis.

Unos meses después se repitió el procedimiento (pancreatoscopia y LEH, 128 ondas, 100 w), consiguiendo la limpieza completa. La paciente está asintomática tras 9 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: La LHE guiada por pancreatoscopia puede ser un tratamiento seguro y eficaz de las litiasis complejas.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-08

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LAS PRÓTESIS PANCREÁTICAS

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Vila, Juan J [1]; Vallejo, Nicolás [2]; Valdivielso, Eduardo [1]; Iriarte, Ainara [1]; Cebrián, Alba [1]; Sainza, Elisabeth [1]; González De La Higuera, Belén [1]; Ruiz Clavijo, David [1]; Eguaras, Javier [1]; Fernández Urién, Iñaki [1]; Jiménez, Francisco J [1]

[1] Unidad de Endoscopia. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; [2] Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La inserción de prótesis pancreática se realiza con mayor frecuencia. Desde 2009 colocamos 192 prótesis terapéuticas y 113 profilácticas. Las complicaciones secundarias: migración externa (1 caso) e interna (5 casos), rotura de la prótesis durante el recambio (2 casos), dolor por hiperdistensión o malposición (3 casos) y perforación pancreática por hiperextensión de la prótesis (1 caso). Todas estas complicaciones las hemos resuelto endoscópicamente utilizando diferentes técnicas.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Migración interna: utilizamos la técnica Lasso en 3 casos (enhebramos asa de 5F sobre guía introducida en el conducto pancreático por dentro o en paralelo a la prótesis y pasamos el asa sobre la guía hasta el extremo distal de la prótesis, la manipulamos hasta enlazar la prótesis y conseguir extraerla dejando la guía in situ), y extracción con Dormia en 2 casos (introducimos cesta Dormia sobre guía atrapando la prótesis migrada). La primera es muy útil en migración interna de prótesis en páncreas normal, la segunda en pancreatitis crónica. **Rotura prótesis:** se comporta como una migración interna. La hemos resuelto mediante técnica Lasso. **Dolor por hiperdistensión:** ocurre cuando se hace una dilatación excesiva de una estenosis ductal introduciendo demasiadas prótesis. Se resuelve extrayendo una prótesis. **Perforación pancreática por hiperextensión:** complicación muy grave al rectificarse la prótesis tras varias horas en el conducto. Resuelta mediante recambio por prótesis más larga y flexible puenteando la disrupción completa producida.

CONCLUSIONES: En el 6% de las prótesis pancreáticas pueden ocurrir complicaciones incluso graves, que pueden ser resueltas endoscópicamente mediante diferentes técnicas.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-13

PRÓTESIS CUSTOMIZADA PARCIALMENTE CUBIERTA BIODEGRADABLE PARA CIERRE DE FÍSTULA ESÓFAGO-YEYUNAL

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

Gornals, Joan B [(1)]; Rivas, Laura [(1)]; Consiglieri, Claudia [(1)]; Aranda, Humberto [(1)]; Miro, Mónica [(1)]; Bettonica, Carla [(1)]; Botargues, Josép M [(1)]; Farran, Leandre [(1)]; Galán, Maica [(2)]

[(1)] Hospital Universitari De Bellvitge-Idibell, L'Hospitalet, Barcelona; [(2)] H. Dir, Institut Oncologic Catala-Idibell

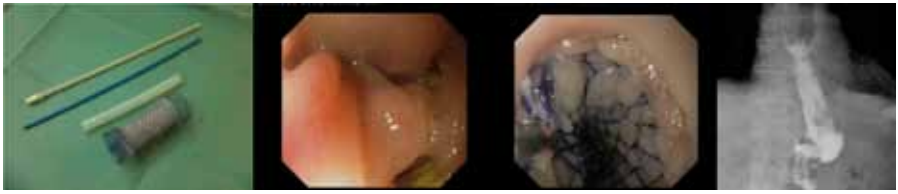
INTRODUCCIÓN: El tratamiento endoscópico mediante prótesis de una fístula o dehiscencia en una sutura anastomótica post-gastrectomía total es un reto. La colocación de prótesis metálica totalmente cubierta conlleva un alto riesgo de migración; y en caso de ser parcialmente cubierta, su extracción es difícil, requiriendo habitualmente la técnica *stent-in-stent.*

OBJETIVO: Evaluar el uso de una prótesis customizada parcialmente cubierta, para evitar su migración; y de material biodegradable, para prescindir de su extracción.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 73 años con gastrectomía total más esplenectomía por adenocarcinoma gástrico (T3N1M0). En post-operatorio reciente, presentó una fístula por dehiscencia de la sutura esófago-yeyunal (> 1 cm diámetro). Se consideró un manejo médico conservador, no quirúrgico, y mediante solución endoscópica. A las 5 semanas de la cirugía oncológica, colocación de prótesis parcialmente cubierta biodegradable (31/25/31 mm x 110 mm; EllaStent) por visión endoscópica y fluoroscópica, sin incidencias técnicas, con sellaje total del orificio.

RESULTADOS: Controles posteriores a los 4 y 20 días, con correcta posición de la prótesis y adherencia progresiva de ambos extremos no cubiertos. Dilatación con balón de pliegue interno, por obstrucción parcial de su luz. Confirmación del sellaje mediante tránsito baritado. Inicio de la ingesta oral progresiva. A las 14 semanas, desaparición endoscópica de la prótesis, sólo mucosa granular en área previa de los extremos no cubiertos.

CONCLUSIONES: El uso de prótesis parcialmente cubiertas biodegradables puede solucionar algunos de los problemas que conllevan las prótesis metálicas autoexpandibles.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

V-15

TRANSECCIÓN POST-COLECISTECTOMÍA DEL CONDUCTO HEPÁTICO DERECHO MANIFESTADA COMO FUGA BILIAR REFRACTARIA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

Gil Simón, Paula; Sánchez Ocaña, Ramón; Peñas Herrero, Irene; Santos Santamarta, Fernando; González Redondo, Guillermo; Arenal, Juan José; Diez Redondo, Pilar; De La Serna Higuera, Carlos; Núñez, Henar; Pérez-Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Las fugas más frecuentes post-colecistectomía son del muñón cístico. Tras el fracaso del tratamiento endoscópico convencional pueden considerarse prótesis biliares pláticas (PBP) múltiples, metálicas cubiertas (PBMC), inyección de cianoacrilato o cirugía.

DESCRIPCIÓN: Fuga de alto débito en postoperatorio inmediato de colecistectomía laparoscópica. Extravasación masiva de contraste desde muñón cístico durante CPRE, tratada con esfinterotomía y PBP-10F al hepático izquierdo. Re-CPRE 7 días después por mala respuesta, confirmando fuga de origen incierto y cambiando PBP del hepático izquierdo al derecho. Mejoría parcial con fuga persistente. Se practica una tercera CPRE en supino 25 días después. La postura del paciente permite delinear la anatomía biliar, diagnosticando una confluencia de los hepáticos anómalamente baja. En las CPREs previas se habían confundido las ramas segmentarias derechas con los hepáticos derecho e izquierdo. La posición de los clips interpretada como cístico también había sido errónea, identificándose en realidad clipaje del hepático derecho. Mediante colangiografía a presión se rellenó vía derecha. Tras sobrepasar con guía y dilatar la transección se tutorizó temporalmente el hepático derecho con una PBMC previa inserción de PBP contralateral. El paciente precisó analgesia intravenosa 72 horas, sin leucocitosis. La fuga cesó en 24 horas.

CONCLUSIONES: Merece la pena insistir con CPRE en las fugas post-colecistectomía refractarias. La CPRE en supino facilitó el diagnóstico de una anomalía anatómica y del origen real de la fuga, interpretado erróneamente durante CPREs en oblícuo izquierdo como del cístico. La inserción contralateral de PBP permite una descompresión agresiva mediante PBMC de lesiones proximales a la confluencia.

ECOENDOSCOPIA

V-01
DRENAJE TRANSGÁSTRICO GUIADO POR USE DE COLECCIÓN PERIPANCREÁTICA CON BYPASS ARTERIAL INCLUIDO

Videoforum I. 07/11/2014 08:30

Vila, Juan J [1]; Iriarte, Ainara [1]; Valdivielso, Eduardo [1]; Vallejo, Nicolau [2]; González De La Higuera, Belén [3]; Ruiz-Clavijo, David [3]; Casi, María Ángeles [3]; Bolado, Federico [3]; Prieto, Carlos [3]; Albéniz, Eduardo [1]; Jiménez, Francisco Javier [1]

[1] Unidad de Endoscopia. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; [2] Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela; [3] Unidad de Vía Biliar y Páncreas. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Varón de 63 años con disección aórtica con trombosis de arteria mesentérica superior (AMS) en Mayo/2013. Bypass urgente de ilíaca a AMS. Isquemia mesentérica postoperatoria, pancreatitis y hemorragia que requieren dos reintervenciones. Además fístula pancreatocutánea y sepsis de origen abdominal. Buena evolución posterior, es alta en Septiembre/2013. Reingresa un día después por fiebre, objetivándose colección peribypass de 9 cm. Se realiza tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo de la colección que demuestra infección del bypass por Pseudomona y Serratia. Repetidas bacteriemias que obligan a realizar cuatro tandas de 3 semanas de tratamiento multianbibiótico endovenoso domiciliario entre octubre y abril/2014. Reaparición de la colección peripancreática de 4 cm rodeando el bypass infectado. Riesgo inasumible para recambio de bypass, se decide drenaje endoscópico de la colección.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: En CPRE se descarta disrupción ductal residual. Mediante USE se identifica colección de 2,5x2,5x7 cm, con el bypass vascular flotando. Puncionamos con aguja 19G evitando el bypass. Se pasa guía y se dilata el trayecto transgástrico. Se coloca prótesis doble pigtail de 10F y 5 cm. Recanulamos la fístula transgástrica y dejamos catéter de lavado nasoquístico de 5F (Video III). Se mantienen los lavados nasoquísticos una semana y es alta. Tras confirmar resolución de la colección, se retira el pigtail 4 semanas después. Posteriormente asintomático salvo episodio febril que cedió con manejo conservador sin recurrencia de la colección.

CONCLUSIONES: El drenaje endoscópico puede ser factible y eficaz en pacientes seleccionados con estructuras vasculares intracolección.

ECOENDOSCOPIA

V-09

EXTRACCIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA DE PRÓTESIS METÁLICA DE QUISTOGASTROSTOMÍA EN POSICIÓN RETROGÁSTRICA POR MIGRACIÓN INTERNA DIFERIDA

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

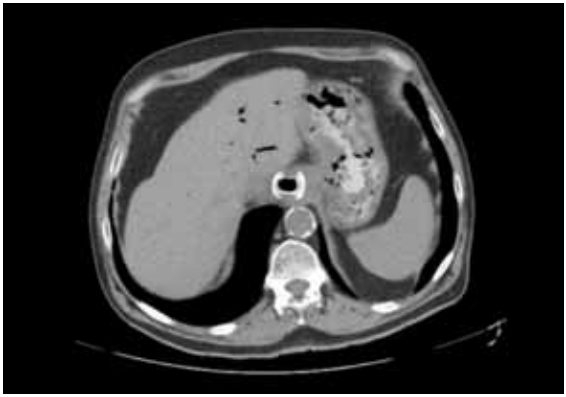
Santos Santamarta, Fernando [(1)]; Sánchez-Ocaña Hernández, Ramón [(1)]; Peñas Herrero, Irene [(1)]; Ruiz Adrados, Beatriz [(2)]; Gil Simón, Paula [(1)]; Barrio Andrés, Jesús [(1)]; Diez Redondo, Pilar [(1)]; De La Serna Higuera, Carlos [(1)]; Pérez-Miranda Castillo, Manuel [(1)]

[(1)] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [(2)] Hospital Universitario de Burgos, Burgos

INTRODUCCIÓN: La migración a una colección pancreática de una prótesis durante su inserción puede solucionarse extrayéndola endoscópicamente. No se ha descrito la punción intencional de una prótesis migrada internamente tras el cierre de la fístula quistogástrica original y la resolución de la colección.

DESCRIPCIÓN: Varón, 63 años. Pancreatitis crónica evolucionada. Absceso pancreático 6-centímetros drenado mediante quistogastrostomía endosonográfica con prótesis metálica de aposición luminal. La línea Z queda en el trayecto y el extremo intraluminal de la prótesis en esófago distal. El absceso se resuelve. Cuatro meses después el paciente presenta hematemesis. La gastroscopia urgente revela el extremo intraluminal de la prótesis. Se indica gastroscopia electiva para retirada de la prótesis quistogástrica, sin encontrarla. Demostrada radiológicamente (Fig. 1) la persistencia de la prótesis, se intenta extracción guiada por ecoendoscopia. Se identifica ecográfica y radiológicamente la prótesis migrada en posición retrogástrica, próxima a la aorta. Se dirige una aguja-19G hacia la prótesis, dilatando seriadamente el trayecto de punción hasta permitir pasar un gastroscopio al lecho residual de la prótesis migrada. Se extrae la prótesis con pinza diente ratón sin complicaciones.

CONCLUSIONES: Pese a su pretendido mejor anclaje, las prótesis de aposición luminal pueden migrar internamente. Un tiempo de inserción prolongado, una localización proximal y la hematemesis parecen haber favorecido esta complicación en nuestro caso. La técnica descrita para crear un nuevo trayecto de acceso guiado por ecoendoscopia parece preferible a las alternativas de dejar la prótesis indefinidamente o recurrir a la cirugía para su extracción.



ECOENDOSCOPIA

V-14

ABLACIÓN DE INSULINOMA PANCREÁTICO MEDIANTE INYECCIÓN DE ETANOL GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE)

Videoforum II. 07/11/2014 15:20

Junquera Flórez, Félix; Miquel, Mireia; Martínez–Bauer, Eva; Brullet, Enric; Posada, Rodolfo; Melcarne, Luigi; Horta, Diana; Puig-Diví, Valentín; Gallach, Marta; Campo, Rafel
Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del insulinoma ha sido tradicionalmente quirúrgico. Sin embargo en pacientes de alto riesgo quirúrgico, la ablación mediante alcoholización guiada por USE se ha mostrado eficaz en los pocos casos reportados en la literatura.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Varón de 70 años que presenta hipoglicemias de repetición. Ante la sospecha de insulinoma pancreático se practicó ecografía y TAC abdominal siendo normales. La USE detectó una tumoración hipoecoica de 9 mm de bordes bien definidos en istmo pancreático, compatible con tumor neuroendocrino. La USE-PAAF confirmó el diagnóstico de insulinoma. Dada la importante comorbilidad y la falta de respuesta farmacológica, se realizó ablación del insulinoma mediante USE. Se realizó punción de la lesión con aguja de 22 G sin estilete y se inyectó un total de 0.8 ml de etanol al 98%, mediante alícuotas de 0,1 ml. En cada inyección de etanol se comprobó la formación de halo blanquecino en el interior de la lesión y la no extravasación del etanol fuera del insulinoma. Finalmente, la aguja se mantuvo en el interior del insulinoma durante un minuto más, para evitar la contaminación del trayecto y disminuir el riesgo de pancreatitis. El paciente no desarrolló complicaciones y las glicemias e insulinemias se normalizaron pocas horas después del procedimiento. Durante los 5 meses de seguimiento el paciente ha mantenido analíticas normales, y una USE realizada 2 meses tras la alcoholización fue normal.

CONCLUSIONES: La ablación del insulinoma mediante alcoholización guiada por USE consigue la eliminación tumoral y del síndrome metabólico.

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

MESA DE COMUNICACIONES

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-01
FORMACIÓN EXPERIMENTAL EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Fernández Bermejo, Miguel [1]; Mateos Rodríguez, José María [2]; Soria, Federico [1]; Morcillo, Esther [1]; Boix, Jaume [3]; Rodríguez, Sarbelio [4]; Marín, José Carlos [4]; Fernández, Servando [5]; Santander, Cecilio [6]; Sánchez-Margallo, Francisco Miguel [1]

[1] Centro De Cirugía De Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres; [2] Hospital San Pedro De Alcántara, Cáceres; [3] Hospital Universitari De Badalona Germans Trias I Pujol, Badalona; [4] Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid; [5] Hospital Clínico San Carlos, Madrid; [6] Hospital De La Princesa, Madrid

INTRODUCCIÓN: La formación médica ha cambiado últimamente por diferentes motivos relacionados con la optimización de los recursos y porque las nuevas tecnologías médicas son cada vez más complejas y necesitan de una formación y capacitación más especializada.

OBJETIVO: La evaluación del modelo experimental establecido en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón en técnicas endoscópicas avanzadas, la CPRE y la Disección Endoscópica Submucosa.

MATERIAL Y MÉTODO: Un total de 118 participantes tomaron parte en este modelo de formación. La duración media de la actividad es de 15 horas. El aprendizaje experimental se distribuye en 3 niveles: Nivel I, relativo a la adquisición de conocimientos teóricos (indicaciones, material y técnicas), Nivel II, prácticas con simuladores (EndoSimulat®, CCMIJU). Nivel III, tras superar los anteriores niveles, los participantes completan las prácticas en modelo animal porcino. Durante la actividad, se realiza la validación aparente y de contenidos, proporcionada por los alumnos y un grupo de 10 expertos.

RESULTADOS: El 75.25% de los alumnos confirman que han avanzado mucho. El 51.3% considera que tras esta actividad se encontrarían capacitados para llevar a cabo la técnica en sus hospitales. El 98.4% de los alumnos recomendaría esta actividad. El 95% de los alumnos consideran que estas actividades reducen la curva de aprendizaje y el 100% que también la iatrogenia. El % de alumnos que consideran óptimo el simulador es un 77%, por un 96% del grupo de expertos. El % de alumnos que consideran óptimo el modelo animal es un 92% por un 100% del grupo de expertos.

CONCLUSIONES: El presente modelo experimental de formación en Endoscopia avanzada favorece la adquisición y desarrollo de destrezas técnicas en un ambiente controlado y libre de estrés. El empleo estructurado de simuladores y modelo animal permite incrementar las habilidades endoscópicas y posiblemente disminuir la curva de aprendizaje.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-02
ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA OBESIDAD

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Espinet Coll, Eduardo [(1)]; Nebreda, Javier [(1)]; López-Nava, Gontrand [(2)]; Ducóns, Julio [(3)]; Rodríguez Téllez, Manuel [(4)]; Crespo, Javier [(5)]; Marra-López, Carlos [(6)]

[(1)] UTEO. Gastrodex. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona; [(2)] Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid; [(3)] Hospitales Viamed de Aragón, Zaragoza; [(4)] Clínica Arenal. Hospital San Agustín, Sevilla; [(5)] Hospital Marqués de Valdecilla, Santander; [(6)] Hospital San José Vithas, Vitoria

INTRODUCCIÓN: La endoscopia bariátrica está considerada como una técnica emergente y específica que no está exenta de complicaciones mayores ni demandas judiciales, cuya incidencia y motivos son desconocidos.

OBJETIVO: Revisión multicéntrica (GETTEMO – Grupo Español de Trabajo de Tratamiento Endoscópico de la Obesidad) para documentar la incidencia, causa y resolución de las complicaciones mayores detectadas con cada una de las distintas técnicas endoscópicas bariátricas, así como sus consecuencias médico-legales.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos una revisión descriptiva y retrospectiva multicéntrica, de 5 distintas Unidades Endoscópicas Bariátricas que forman parte de GETTEMO. Se documenta la experiencia del endoscopista (endoscopia general y endoscopia bariátrica) y el tipo de centro médico (público o privado). De cada técnica endoscópica, se valora el número de casos practicados y la presencia de complicaciones: número, motivo, resolución y consecuencias médico-legales en caso de existir.

RESULTADOS: Se analizan los datos de 6 endoscopistas de 5 distintas unidades de endoscopia bariátrica, con una experiencia de entre 10-30 años de endoscopia general y 5-12 años de endoscopia bariátrica, todos ellos ejerciendo esta última en sanidad privada.

Se recogen 6749 procedimientos bariátricos: 5584 balones Allergan o similares, 225 Spatz, 70 Heliosphere, 102 O'balón, 667 POSE, 55 Endosleeve y 46 Endobarrier.

Se detectan 56 complicaciones mayores (0.83%): 5 Allergan, 44 Spatz (modelo antiguo), 1 Heliosphere, 5 POSE y 1 Endobarrier, resolviéndose todas ellas con tratamiento médico conservador, excepto 5 casos (0.07%) que requirieron cirugía. Existió una única demanda judicial (perforación esofágica con balón Spatz). No hubo mortalidad.

CONCLUSIONES: En manos expertas, la endoscopia bariátrica parece un procedimiento seguro, en todas sus distintas técnicas evaluadas, con escasas complicaciones mayores (0.83%), la mayoría con el antiguo balón Spatz (ya sustituido), resolviéndose en su mayoría con tratamiento médico conservador.

En nuestra serie no existe mortalidad y presentamos un único caso de demanda judicial.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-11
CIANOACRILATO EN SPRAY COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS DE DIFÍCIL CONTROL

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Rincón Gatica, Adalberto [(1)]; Alcívar Vásquez, Juan Manuel [(1)]; León Montañes, Rafael [(1)]; López Ruíz, Teófilo [(1)]; Sobrino Rodríguez, Salvador [(1)]; Caballero Gómez, Juan Antonio [(1)]; Arambula Amaya, Tania Ivett [(2)]

[(1)] Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; [(2)] Hospital Universitario de Valme, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La terapia endoscópica convencional es altamente efectiva para el control de la hemorragia gastrointestinal, sin embargo en ocasiones el sangrado es persistente a pesar de un tratamiento óptimo, requiriendo intervencionismo radiológico o quirúrgico. El instilación endoscópica de cianoacrilato de forma directa como alternativa de tratamiento tiene una experiencia limitada.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con cianoacrilato tópico en la hemorragia digestiva de difícil control.

MATERIAL Y MÉTODOS: Serie de casos de pacientes que recibieron tratamiento endoscópico con CA tópico debido a hemorragia digestiva persistente a pesar del tratamiento con métodos de hemostasia convencionales.

RESULTADOS: Ocho pacientes recibieron tratamiento endoscópico con CA en spray por hemorragia digestiva persistente (tres por neoplasias [ciego, esófago y gástrica, respectivamente], tres por úlceras y dos tras polipectomía endoscópica) después de terapia endoscópica fallida con métodos hemostáticos convencionales (inyección de adrenalina, inyección de polidocanol o colocación de clips metálicos). Se logró la hemostasia inmediata en todos los casos. La media de seguimiento es de 44,5 días (33-48). Tres pacientes presentaron recidiva hemorrágica: Dos a las 2 días (neoplasia ulcerada de la unión esófago-gástrica y linfoma Burkit con afectación gástrica), requiriendo radioterapia hemostática y uno a los 3 días (úlcera bulbar con mal abordaje endoscópico) requiriendo cirugía. No se observaron eventos adversos atribuidos a la instilación de CA tópico.

CONCLUSIONES: En pacientes con hemorragia digestiva refractaria a los tratamientos endoscópicos convencionales, la instilación endoscópica de CA puede ser una alternativa eficaz para la obtención de una hemostasia inmediata con mínimos efectos adversos derivados del procedimiento como demuestra nuestra serie, sin embargo se requiere de estudios con un mayor número de pacientes para poder validar nuestros resultados.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-19

EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE 226 PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA POR MÉTODO POSE (PRIMARY OBESITY SURGERY ENDOLUMENAL)

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

López-Nava Breviere, Gontrand; Bautista-Castaño, Inmaculada; Jiménez-Baños, Amaya; Fernández-Corbelle, Juan Pedro

Hospital Universitario Sanchinarro, Madrid

INTRODUCCIÓN: La gastroplastia endoscópica por el Método POSE es una de las nuevas técnicas desarrolladas para el tratamiento de la obesidad.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, seguridad y tolerancia, en el uso de esta técnica dentro de un equipo multidisciplinar de tratamiento de la obesidad (médico nutricionista, psicólogo y asesor deportivo).

MATERIAL Y MÉTODO: A 226 pacientes (65 hombres) con IMC inicial medio de 37,8 kg/m^2, peso inicial medio de 105,3 kg y edad media de 43,7 años, se les practicó el Método POSE. El procedimiento se realizó bajo anestesia general y consistió en colocar 8-9 plicaturas de tipo g-Cath en el fundus gástrico con intención restrictiva y de limitar la acomodación gástrica en respuesta a la ingesta. Se colocaron otros 3-4 plicaturas en la unión entre el cuerpo distal y el antro gástrico para enlentecer el vaciamiento y prolongar la sensación de saciedad. Se evaluó la evolución clínica y los cambios en el estado ponderal a los 3 (n=226), 6 (n=159) y 12 meses (n=135) de evolución.

RESULTADOS: No se observaron complicaciones mayores, todos los pacientes recibieron el alta a las 24 horas de la intervención. La tasa de mortalidad fue del 0%. Durante las primeras horas de la intervención se observaron molestias leves (80% de los pacientes refirieron molestias orofaríngeas y dispepsia motora). El peso inicial y el % de pérdida de peso inicial disminuyeron significativamente a los 3 meses (11,4 kg y 10,7%), a los 6 meses (14,7 kg y 13,5%) y a los 12 meses (16,0 kg y 14,5%).

CONCLUSIONES: La Gastroplastia Endoscópica por Método POSE englobada dentro de una intervención multidisciplinar, puede considerarse un tratamiento efectivo, seguro y bien tolerado para el tratamiento de la obesidad al menos a 1 año de evolución.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-27

NUEVO MÉTODO DE LESIÓN SUBMUCOSA ARTIFICIAL PARA DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN MODELO ANIMAL

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Herreros De Tejada Echanojauregui, Alberto; Méndez, Santiago; Santos, Martin; Hernández, Marta; De La Revilla, Juan; Blázquez, Esther; Santiago, José; Pons, Fernando; Tendillo, Francisco; Calleja, José Luis; Abreu, Luis

Hospital Universitario Puerta De Hierro, Majadahonda

INTRODUCCIÓN: La disección submucosa endoscópica (DSE) se ha utilizado con éxito en el tratamiento de lesiones submucosas (LSM) como tumores neuroendocrinos o GIST.

OBJETIVO: Desarrollar un método de lesión submucosa artificial (LSM-A) en modelo animal que pudiera ser de utilidad en el entrenamiento de DSE.

MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó un copolímero de alcohol etilen-vinílico (Onyx®, Covidien Co.), de uso en radiología intervencionista en embolización de lesiones vasculares. El Onyx® es un líquido oscuro, no adhesivo y no absorbible, con capacidad de precipitar como polímero al contacto con agua o sangre. Para llevar a cabo los procedimientos se utilizó un gastroscopio modelo GIF-Q145 (Olmypus Co.) exclusivamente de uso animal. Las LSM-A fueron creadas en pared gástrica y rectal mediante la inyección de 1,5-3 ml de Onyx® a través de una aguja de esclerosis de 21G. Tras un tiempo de espera de 20-30 minutos hasta completarse polimerización en la capa submucosa, se realizó DSE usando bisturí Flush knife 2.0 BT (Fujifilm, Co).

RESULTADOS: Se realizaron un total de 5 intervenciones, 3 en estómago (2 en modelo vivo y 1 en modelo ex vivo) y 2 en recto (modelo vivo). En todos los casos se logró formar con éxito una LSM-A, que se pudo resecar en bloque con la mucosa mediante DSE, separándola adecuadamente de la pared muscular. El tamaño medio de la LSM-A y el tiempo de DSE fueron de 18 mm (12-30 mm) y 46,6 minutos en estómago, y de 25 mm (22-27 mm) y 50 minutos en recto. No hubo complicaciones significativas.

CONCLUSIONES: Este novedoso método permite generar de una forma segura LSM-A en estómago y recto de modelo animal, pudiendo completar posteriormente DSE de la misma. Este método podría servir de plataforma de entrenamiento para la DSE en el tratamiento de LSM en humanos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

CO-29
LIGADURA ENDOSCÓPICA SIN RESECCIÓN EN LESIONES SUPERFICIALES (MUCOSA, SUBMUCOSA) DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES SELECCIONADOS

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Rivas, Laura [(1)]; Consiglieri, Claudia F [(1)]; Ibáñez-Sanz, Gemma [(1)]; Salord, Silvia [(1)]; Pons, Carles [(1)]; Miro, Mónica [(1)]; Castellví, Josép M [(1)]; Botargues, Josép M [(1)]; Galán, Maica [(2)]; Gornals, Joan B [(1)]

[(1)] Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet, Barcelona; [(2)] Institut Catala d'Oncologia DiR-IDIBELL, L'Hospitalet, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La ligadura endoscópica con bandas (LEB) de lesiones precoces del tracto GI alto (displasia o T1a-b) o subepiteliales (ej. neuroendocrino(TNE)) de reducido tamaño, se asocia a resección con electrocauterio, sin estar libre de complicaciones (10-20%).

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de la LEB sin resección (LEB-SR) de estas lesiones en pacientes de edad avanzada y/o con comorbilidad no candidatos a una potencial cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Inclusión prospectiva de pacientes con lesiones superficiales GI altas (displasia, T1, TNE) y comentados en comité multidisciplicar, considerados no candidatos a una potencial cirugía (prescindir de su estudio AP post-resección no influiría en el manejo). Exclusión de pacientes candidatos considerados quirúrgicos. Periodo: 2011-2014. Análisis retrospectivo y descriptivo. Procedimiento: USE inicial, marcaje APC (Is, IIa), LEB-SR con dispositivo *Duette®Multi-band Mucosectomy* (1,2 bandas/sesión) hasta succión total. Control: endoscopia con biopsias entre 4-8 semanas. Si no lesión endoscópica, control a los 6 meses.

RESULTADOS: Análisis de 10 pacientes (5H; 75,7±7,6 años). Lesiones: 4 esófagicas (ca. escamoso (n=2); adenocarcinoma (n=2)); 3 gástricas (DAG (n=1); adenocarcinoma (n=1); TNE (n=1)); duodenales (TNE, (n=3)); tamaño 10,2±4,5 mm. No complicaciones mayores; dolor torácico en 2 lesiones esofágicas. Manejo ambulatorio (8 h) en 7. Primer control 6,6 semanas post LEB-SR: desaparición endoscópica en 9 (90%), persistencia en 1 (T1 esófago); desaparición histológica en 8 (80%), persistencia en 2 T1esófagicos (20%). Segunda LBE-SR posible en 1 caso de persistencia, pendiente de control; no posible en otro caso. Seguimiento medio hasta la fecha 14,2 meses (1-36 m). Detección de recidiva en 1 caso. Éxito clínico del 70% (3 fallidas en 3 lesiones T1 esófago).

CONCLUSIONES: La LEB-SR es una técnica fácil y segura, valorable en pacientes con comorbilidad. Es eficaz en TNE y lesiones con displasia. Mayor riesgo de persistencia y recidiva en lesiones T1. Resultados iniciales que requieren un mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CO-03
ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD: SEDACIÓN POR ENDOSCOPISTA VS ANESTESISTA EN PACIENTES ASA I-III

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Riesco López, José María [1]; García Fernández, Pedro [2]; Rizo Pascual, Juana [3]; Díaz Sánchez, Antonio [1]; Rivero Fernández, Miguel [1]; Manzano Fernández, Rebeca [1]; Moya Valverde, Eloísa [1]; González Alonso, Rosario [1]; Campos Cantero, Rocío [1]

[1] Hospital Del Sureste, Arganda Del Rey, Madrid; [2] Universidad Politécnica, Madrid; [3] Hospital Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las guías de práctica clínica (GPC) afirman que no existen estudios de coste-efectividad comparando la sedación con propofol por endoscopista (SPE) vs anestesista (SPA) en endoscopia digestiva, pero señalan que la SPA en pacientes de bajo riesgo anestésico resultaría ineficiente.

OBJETIVO: Comparar el coste-efectividad de SPE vs SPA en pacientes ASA I-III.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo de cohortes (periodo inclusión: 01/01/14-31/05/14) en un hospital de colaboración público-privada. El cálculo de costes se realizó en base a costes propios (65%), costes repercutidos (25%) y costes estructurales (10%). Los costes obtenidos en 5 meses se proyectaron a un año vista y se transformaron en Unidades Relativas de Valor (URV). Cálculo de efectividad: se registraron la tasa de complicaciones relacionadas con la SPE y los procedimientos no completados por SPE insuficiente y se compararon con los publicados en la literatura en SPA.

RESULTADOS: Se incluyeron 1.165 procedimientos de 1.026 pacientes: 317 gastroscopias, 734 colonoscopias y 114 ecoendoscopias. Edad media: 54 años, 43% varones, ASA I: 66,8%, ASA II: 26,4% y ASA III: 6,8%. Coste anual total estimado con SPE: 959.087,86 € y con SPA 55.565,52 € más. Costes de SPE vs SPA: URV: 114,26 € vs 124,44 €, gastroscopia: 182,81 € vs 199,10 €, colonoscopia: 297,07 € vs 323,54 € y ecoendoscopia: 319,92 € vs 348,43 €. Tasa complicaciones SPE vs SPA: totales 4,3% vs 4,5%, desaturación 3,2% vs 1,2-6%, hipoTA 0,3% vs 1,78-44%, bradicardia 0,8% vs 0,6-8%; no se registraron complicaciones graves. Tasa pruebas no completadas con SPE vs SPA: 0,2% vs 0-6,7%.

LIMITACIONES: Ausencia de grupo control con SPA en nuestro hospital.

CONCLUSIONES: La relación coste efectividad estimada en nuestro estudio muestra que la SPE resulta más eficiente que la SPA en pacientes con riesgo anestésico ASA I-III. Actualmente no existen estudios de estas características publicados en la literatura.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CO-12

EVALUACIÓN DE USO DE PROCINÉTICO PARA MEJORAR RENDIMIENTO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

García Lledó, Javier; Nogales Rincón, Óscar; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: Uno de los problemas que puede limitar el estudio de intestino delgado mediante cápsula endoscópica (CAEN) es la retención gástrica de la misma. En la literatura la tasa de fracaso en alcanzar ciego es aproximadamente 20%, siendo el retraso en el vaciamiento gástrico la causa más frecuente.

OBJETIVOS: Analizar si la utilización de una dosis de metoclopramida tras ingestión de CAEN mejora el rendimiento de la cápsula endoscópica.

MÉTODOS: Estudio prospectivo aleatorizado realizado en el Hospital Gregorio Marañón desde enero a junio 2014. Se aleatorizaron los pacientes a recibir o no una dosis de metoclopramida (10 mg intravenoso) tras ingestión de CAEN.

RESULTADOS: Se incluyeron 126 pacientes, de los que cinco fueron excluidos por introducción endoscópica de CAEN. De los 121 restantes, 60 recibieron procinético.

Siete estudios fueron incompletos, 4 en el grupo de procinético (dos debido a malfunción CAEN y dos debidos a tiempo prolongado en intestino) y 3 en el grupo control (los tres con tiempos de retención gástrica superior a 45 mins). En el resto, el tiempo medio de retención gástrica fue de 22,6 min (procinético) y 35,5 min (no procinético). No existieron diferencias significativas en el tiempo de tránsito intestinal (186,7 vs 193,8), ni en la tasa de detección de lesiones (30/56, y 32/58) ni en rentabilidad clínica (28/58 y 27/58). No se registró ningún efecto secundario al fármaco.

CONCLUSIONES: El empleo de metoclopramida pudiera ser útil para aumentar la tasa de alcanzar ciego por CAEN al disminuir tiempo de retención gástrica, sin que se modifique la tasa de detección de lesiones.

	GRUPO PROCINÉTICO	GRUPO NO PROCINÉTICO
VARONES	26	25
MUJERES	30	33
NO ANTIDEPRESIVOS / HIPOTIROIDISMO / PAT. NEUROLÓGICA	43	46
SI FACT. ASOCIADOS	12	12
RÉGIMEN AMBULANTE	43	54

Características grupos de estudio.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

CO-30

ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN URGENTE COMBINADA CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA VISUALIZADA EN TIEMPO REAL. ¿UNA OPCIÓN FACTIBLE EN LA HEMORRAGIA DE ORIGEN OSCURO MANIFIESTA?

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Pérez-Cuadrado Robles, Enrique [(1)]; Bebia, Paloma [(1)]; Zamora Nava, Luis Eduardo [(2)]; Martínez Andrés, Blanca [(1)]; Esteban Delgado, Pilar [(1)]; Rodrigo Agudo, José Luis [(1)]; López Higueras, Antonio [(1)]; Torrella Cortés, Emilio [(1)]; Chacón Martínez, Silvia [(1)]; Shanabo, Jamal [(1)]; Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique [(1)]

[(1)] Unidad de Intestino Delgado. Hospital Morales Meseguer, Murcia; [(2)] Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de Mexico, México

INTRODUCCIÓN: La enteroscopia de doble balón (EDB) y la cápsula endoscópica (CE) están ampliamente aceptadas en el manejo de la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO). Sin embargo, hay pocos estudios que analicen su utilidad en la HDOO urgente.

OBJETIVO: Evaluar la EDB urgente y CE con visualización en tiempo real (CETR) en pacientes con HDOO analizando su efectividad terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS: La EDB urgente fue definida como aquel procedimiento realizado en las primeras 24 horas tras el inicio de los síntomas. De 361 pacientes con HDOO en los que se realizó una EDB en nuestro centro entre 2004 y 2014, en 27 (16 hombres, edad media: 64.6 ± 17.9 años) se realizaron 29 EDB urgentes (22 anterógradas, 7 retrogradas). De estos 27 casos, en 16 (59.3%) se empleó una CETR. El objetivo de la CETR fue principalmente confirmar el sangrado y orientar el abordaje de la EDB.

RESULTADOS: El uso de la CETR modificó el manejo y/o abordaje de la DBE en 5 pacientes (31.3%). Se diagnosticaron las siguientes 27 patologías: Lesiones de Dieulafoy (n=11. 40.7%), angiodisplasias (n=7, 25.9%), tumores (n=4, 14.8%), divertículos (n=3, 11.1%) y úlceras (n=2, 7.4%).

En total, 23 lesiones fueron sugestivas de tratamiento endoscópico, realizado con éxito en 21 de ellas (77.8% del total). Además, el tatuaje orientó para la posterior cirugía y/o enteroscopia. La cirugía urgente o diferida fue necesaria en 4 y 3 pacientes respectivamente.

CONCLUSIONES: La EDB es una técnica efectiva y segura en el manejo de la HDOO urgente pudiendo evitar la cirugía al diagnosticar y tratar con éxito la mayoría de lesiones. El manejo combinado con CETR puede guiar y mejorar la efectividad de la EDB en casos seleccionados, sobre todo en aquellos en los que se sospeche una lesión vascular como origen del sangrado.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-04

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA DE RUTINA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA CONFIRMADA RADIOLÓGICAMENTE POR TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA. ¿EN QUIÉN Y CUÁNDO ESTÁ INDICADA?

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Zaffalón, Diana; Riu, Faust; Álvarez, Marco Antonio; Dedeu, Josép María; Pantaleón, Miguel; Bory, Felipe; Barranco, Luis; Seoane, Agustín
Parc de Salut Mar. Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN: Las guías internacionales recomiendan la colonoscopia de rutina tras un episodio de diverticulitis aguda (DA) para descartar la presencia de neoplasia avanzada de colon (NAC). Sin embargo, tras la incorporación de la tomografía computarizada (TC) en el algoritmo diagnóstico, dicha recomendación está en entredicho.

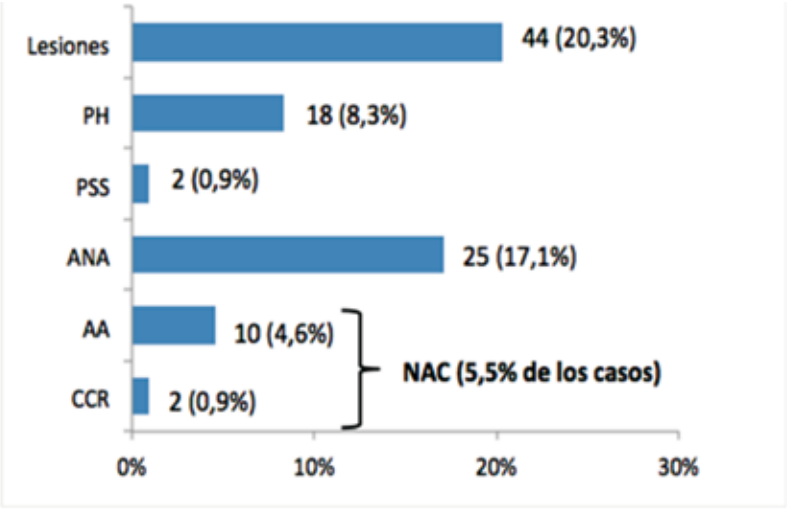
OBJETIVO: Conocer la rentabilidad diagnóstica, calidad y seguridad de la colonoscopia en la DA.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de DA por TC entre 2005-2013, y sometidos posteriormente a colonoscopia. Se ha valorado la existencia de absceso, fístula, aire libre intrabdominal en la TC, definiendo en su presencia DA complicada (DAC) y en su ausencia DA no complicada (DANC). Se ha definido al adenoma avanzado (AA) y al cáncer colorrectal (CCR) como NAC y la colonoscopia completa con preparación eficaz (correcta o excelente según la clasificación de Aronchick) como parámetro de calidad.

RESULTADOS: 216 pacientes diagnosticados por TC de DA fueron sometidos a colonoscopia (58 DAC [27%] y 158 DANC [73%]). Sexo: 48%-52% mujeres-hombres. Edad: mediana 59 (DE±15,2). Se detectó NAC en 12 pacientes (5,5%, 2 CCR [0,9%]). La presencia de DAC (11,7 vs 3,2%, p=0,02 y la edad >50 años (7,8 vs 0%, p=0,02) han sido los únicos factores de riesgo independientes para presentar AA/CCR. No se observaron complicaciones mayores. La calidad (completa 88%, preparación eficaz 75%, resección de pólipos <2cm 78%) mejoró al retrasar el momento de la colonoscopia, siendo a las 9,5 semanas del diagnóstico de DA el punto de corte óptimo de calidad.

CONCLUSIONES: Es aconsejable realizar una colonoscopia de rutina tras un episodio de DAC pero la recomendación no es clara en la DANC. La colonoscopia es segura incluso realizada de forma precoz. La calidad es globalmente baja pero podría optimizarse realizando la endoscopia posteriormente a los 2 meses del diagnóstico de la DA.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA



PH: Pólipos hiperplásicos, PSS: Pólipos serrados sésiles, ANA: Adenomas no avanzados, AA: Adenomas avanzados, CCR: Cáncer Colorectal, NAC: neoplasia avanzada de colon.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-05
HALLAZGOS EN LAS COLONOSCOPIAS REALIZADAS AL AÑO TRAS LA EXTIRPACIÓN PREVIA DE ADENOMAS DE ALTO RIESGO EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR. ¿SE PUEDE ALARGAR ESTE INTERVALO?

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Gómez Alonso, Marta; Carrascosa Gil, Juan; Basterra Ederra, Marta; Calderón Ramírez, María Del Rosario

Hospital Zumarraga, Zumarraga

INTRODUCCIÓN: Las guías actuales (AGA, ESGE, European Guidelines for Quality Assurance in CCR) indican recomendaciones diferentes sobre el intervalo adecuado para realizar el control tras la extirpación de adenomas de alto riesgo (AAR), variando entre 1-3 años.

OBJETIVO: Revisión de los hallazgos endoscópicos trascurrido un año de la extirpación de AAR.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo descriptivo de los hallazgos en las colonoscopias de revisión realizadas en nuestro centro trascurrido un año tras la extirpación de AAR en las colonoscopias de cribado (enero 2012- junio 2013), siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica europea. Se define AAR como la presencia de un adenoma (A) ≥ 20 mms y/o ≥ 5 A de cualquier tamaño.

RESULTADOS: En 190 colonoscopias de cribado se han extirpado AAR. Se ha realizado colonoscopia de control al año en 135 casos. El 85.9% son hombres. La edad media es de 60.63 años (D.E.:5.4). Preparación adecuada en la primera colonoscopia el 95.6% e intubación cecal del 99.3%. Hallazgos: 44.4 % ≥ 5 A, 35.6 % A≥ 20 mms y el 20% ≥ 5 A y A ≥ 20 mms. Preparación adecuada al año el 92.6%, e intubación cecal del 97.8%. Intervalo entre ambas medio 13 meses (D.E.:3.7). Hallazgos al año: normal 14.8%, pólipos hiperplásicos (PH) < 1 cm (14.8%), adenomas de bajo riesgo (1-2 adenomas < 1 cm, ABR) 18.5%, adenomas de riego medio (ARM) 10.4%, AAR: 10.4%, ABR+PH 17%, ARM + PH 9.7%, AAR +PH 4.4%, CCR 0%.

CONCLUSIONES: En nuestro centro, únicamente se han hallado AAR en las colonoscopias de control al año en el 14.8% de los casos, sin haberse detectado ningún CCR.

Si la colonoscopia de cribado inicial sigue los estándares de calidad, quizás se podría prolongar el intervalo de la colonoscopia de control a 3 años, como indican otras guías.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-06
APRENDIZAJE EX-VIVO CLASIFICACIÓN NICE EN PÓLIPOS COLÓNICOS DIMINUTOS

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Huerta Madrigal, Alain; Bernal, Antonio; Martínez, Javier; Rodríguez, Iago; Moraleja, Irene; Navajas, María; López, María; Bridet, Lionel; Rocha, Astrid; Torres, Soraya; Cabriada, José Luis

Hospital Galdacano-Usánsolo, Usánsolo

INTRODUCCIÓN: La clasificación NICE mediante Narrow Band Imaging diferencia pólipos adenomatosos y no adenomatosos de colon. La ESGE apoya la utilización de NBI en pólipos diminutos (<6mm); sin embargo, están infra-representados en el material didáctico on-line y los estudios de validación del aprendizaje de la clasificación NICE.

OBJETIVO: Valorar el aprendizaje de la clasificación NICE en imágenes estáticas de pólipos colónicos diminutos en especialistas y residentes de aparato digestivo en el Hospital de Galdacano-Usánsolo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un test con 25 imágenes estáticas NBI de 25 pólipos diminutos (Histología: 13 adenomas tubulares con displasia de bajo grado, 12 pólipos hiperplásicos, 1 mucosa normal y 1 inflamación inespecífica; Morfología: 0-Is 10, 0-IIa 14, 0-IIb 1; Tamaño (mm): Moda 3 con rango 2-5). Este mismo test se realizó antes y después de una charla formativa de 30 minutos que utilizó recursos on-line (http://www.nbi-training.eu/) e imágenes de nuestro centro. Todas las imágenes se seleccionaron de una biblioteca de imágenes capturadas con colonoscopios alta definición 190HL y procesadores Exera III (Olympus). Los objetivos fueron el cambio en la puntuación (porcentajes) de predicción correcta (PC) y predicciones alta confianza (PAC) entre los test mediante T-student de 2 colas o prueba no paramétrica de Hodge-Lehman para pruebas pareadas según normalidad.

RESULTADOS: Completaron el estudio 11 adjuntos y 3 residentes. Mediana de PC en el primer test fue del 76% (amplitud intercuartil 15), 53,43% de PAC (DS 28,74). Media PC en el segundo test 84,29% (DS 8,94), 70,43% de PAC (DS 17,6). La diferencia media en PC fue +10,29 puntos (IC 95%: -0,76 – 21,33). La mediana de la diferencia en PAC fue +26 puntos (IC 95%: 12 – 38).

CONCLUSIONES: Un aprendizaje de la clasificación NICE específico para pólipos diminutos aumenta el número de predicciones de alta confianza.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-14
CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E HISTOLÓGICAS DE LAS LESIONES COLÓNICAS DE EXTENSIÓN LATERAL. ESTUDIO COMPARATIVO ORIENTE/OCCIDENTE: NATIONAL CANCER CENTER HOSPITAL EAST Y GRUPO REM DE LA SEED

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Albéniz Arbizu, Eduardo [1]; Fraile González, María [1]; Kaneko, Kazuhiro [2]; Ikematsu, Hiroaki [2]; Pin Vieito, Noel [3]; Alonso Aguirre, Pedro [3]; Martínez Ares, David [4]; Guarner Argente, Carlos [5]; Gargallo Puyuelo, Carla Jerusalén [6]; Ramos Zabala, Felipe [7]; Soto Iglesias, Santiago [8]

[1] Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; [2] National Cancer Center Hospital East, Kashiwanoha, Chiba; [3] Hospital Juan Canalejo, La Coruña; [4] Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo; [5] Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; [6] Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; [7] Hospital Universitario Montepríncipe, Madrid; [8] Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense

INTRODUCCIÓN: Las lesiones colónicas de extensión lateral (LST) se caracterizan por un patrón de crecimiento no polipoide. Se clasifican en neoplásicas (adenoma, adenoma serrado) y no neoplásicas (pólipo hiperplásico, lesión sesil serrada). Pocos estudios muestran las características de estas lesiones en países occidentales.

OBJETIVO: Describir las características morfológicas e histológicas de los LST en nuestro país. Comparar nuestros datos con una muestra procedente de Japón.

MATERIAL Y MÉTODO: Se registraron los LST ≥1 cm de forma retrospectiva (2006-2013) en el National Cancer Center Hospital East (NCCHE, Japón). Se seleccionaron los LST de una base de datos con 1244 resecciones endoscópicas mucosas (REM) de lesiones colónicas de gran tamaño (≥2 cm) recogidas en su mayoría prospectivamente desde 2013 dentro de un estudio multicéntrico del Grupo de REM de la SEED.

RESULTADOS: Se incluyeron 986 LST en el NCCHE y 544 LST del estudio multicéntrico español. Como se muestra en la tabla, existe un mayor porcentaje de lesiones granulares (66.7% vs 46.3%*) y un menor porcentaje de lesiones no granulares respecto a la muestra del NCCHE (lesiones pseudodeprimidas: 2.8% vs 12.7%*). Los casos con displasia de alto grado o carcinoma intramucoso fueron similares en ambas muestras. Observamos una menor proporción de invasión submucosa en nuestra serie en todos los subtipos de LST (globalmente 3.5% vs 15.3%*). Encontramos un mayor porcentaje de LST en recto, menor en transverso y más lesiones serradas*. *($p<0.05$-0.01).

CONCLUSIONES:

- Destacamos la menor prevalencia de lesiones no granulares y de invasión submucosa en todos los subtipos de LST en nuestro medio.
- Desconocemos si estas diferencias son debidas a diferencias histológicas reales, al menor desarrollo tecnológico en nuestro medio o a la amplia difusión de la DSE en Japón.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

- Nuevos estudios colaborativos ayudarán a dilucidar las indicaciones de REM o DSE, probablemente acotando las de DSE a casos más concretos.

	Grupo REM SEED			NCC East (Japón)			p
LST (n)	544			986			
Edad (mediana)	70 (DE 10.96, rango 24-95)			68 (rango 32-87)			<0.05
Sexo V/M	322/217 (59.7/40.3%)			622/364 (63.1/36.9%)			ns
Morfología LST/ histología	**Morfología**	**DAG/ADC intramucoso**	**Inv. submucosa**	**Morfología**	**DAG/ADC intramucoso**	**Inv. submucosa**	
Granular homogéneo	240 (44.1%)	70 (30.4%)	6 (2.6%)	187 (19%)	48 (25.7%)	13 (7%)	Morfología <0.01
Granular mixto	123 (22.6%)	61 (51.3%)	8 (6.7%)	270 (27.4%)	131 (48.5%)	59 (21.9%)	
Plano elevado	166 (30.5%)	46 (28.5%)	3 (1.9%)	404 (41%)	94 (23.4%)	49 (12.2%)	
Pseudodeprimido	15 (2.8%)	6 (40%)	2 (13.3%)	125 (12.7%)	42 (33.6%)	30 (24%)	
Tamaño	**≥20 mm (N= 544)**			**<20 mm (N= 323)**	**≥20 mm (N= 663)**		**<0.01** (comparadas lesiones ≥20mm)
	31.53 mm (DE 13.37, rango 20-120)			13.12 mm (DE 2.69, r: 10-19)	34.69 mm (DE 16.9, r: 20-150)		
Localización							
Recto	107 (19.7%)			47 (4.8%)			<0.01
Colon izquierdo	111 (20.4%)			213 (21.6%)			
Colon transverso	67 (12.3%)			259 (26.3%)			
Colon derecho	170 (31.2%)			319 (32.4%)			
Ciego	89 (16.4%)			148 (15%)			
Histología global							
Adenoma	264 (50.3%)			453 (46%)			ns (p<0.01 invasión submucosa vs no invasivo)
Adenoma con DAG/ADC intramucoso	169 (32.2%)			315 (32%)			
Adenocarcinoma invasión submucosa	**16 (3%)**			**151 (15.3%)**			
Serrado	61 (11.6%)			65 (6.6%)			
Serrado con DAG/ ADC intramucoso	14 (2.7%)			0 (0%)			
ADC invasión submucosa (lesión serrada)	**1 (0.2%)**			**0 (0%)**			
Técnica							
REM	491 (90.4%)			560 (56.8%)			
REM+DES	16 (2.9%)			8 (0.8%)			
DES	-			378 (38.3%)			
Cirugía	36 (6.6%)			40 (4.1%)			

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-15
RESECCIÓN DE PÓLIPOS PEDICULADOS (PARIS IP) GRANDES DE COLON

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Alburquerque Miranda, Marco [(1)]; Smarrelli, Antonella [(2)]; Vidal Plana, Lluis [(2)]; Ledezma Frontado, Cesar [(2)]; Chevarria Montesinos, Julio [(2)]; Figa Francesch, Montserrat [(3)]; González-Huix Llado, Ferran [(4)]

[(1)] Hospital De Palamós - Clínica Girona, Girona; [(2)] Hospital De Palamós, Girona; [(3)] Hospital Dr. Josép Trueta - Clínica Girona, Girona; [(4)] Clínica Girona, Girona

INTRODUCCIÓN: Existen varias técnicas de resección de pólipos Paris Ip de colon.

OBJETIVO: Comparar la seguridad de las técnicas de resección de pólipos de colon Paris Ip ≥20 mm según las características del pedículo.

MÉTODOS: Registro prospectivo (2010-2014): Localización y características del pólipo, técnicas de resección y complicaciones. Clasificamos los pólipos en 4 grupos según las medidas del pedículo. **Técnicas de resección**: **A)** Asa de diatermia simple, **B)** Inyección de adrenalina 1/10000-20000 en pedículo, resección con asa y cierre de escara/pedículo remanente con endoclips y, **C)**Colocación de endoclip o endoloop antes de resección, en pedículos de longitud ≥15 mm.

RESULTADOS: Resecamos 166 pólipos Paris Ip ≥20 mm (Dmax.=25,42±6,94; 20–70 mm) en 157 pacientes, mujeres: 47(29,94%). Edad: 63,7±11,2. Excluidas 20 lesiones con datos incompletos. En el Grupo 1 (n=35, pedículo: Longitud <15 mm/Ancho ≤10 mm) fueron resecados con asa: 54,29%; Grupo 2 (n=26, Longitud ≥15 mm/Ancho ≤10 mm) con endoclip: 61,54%; Grupo 3 (n=29, Longitud <15 mm/Ancho >10 mm) con Adrenalina+asa+cierre: 93,10% y Grupo 4 (n=56, Longitud ≥ 15 mm/Ancho>10 mm) con endoloop: 75%. Tasa de resección completa >87%, p>0,7. La hemorragia-intraprocedimiento (HIP), post-resección, fue la complicación más frecuente: 28,92% (48/166) resolviéndose con endoclips con efectividad=92,68% (38/41). En los Grupos 1 y 2 (pedículo ≤ 10 mm) en resección con asa, hubo HIP en 11,1% (3/27) vs. 31,8% (7/22) con endoclip, p=0,090. En los Grupos 3 y 4 (pedículo >10 mm) la HIP fue mayor con adrenalina+asa+cierre que con endoloop: 61,29% (19/31) vs. 11,63% (5/43), p=0,0001; OR=12,03 (IC95% 3,69–39,15). En estos grupos la HIP no fue diferente entre endoclips y adrenalina+asa+cierre: 50% (3/6) vs. 61,3% (19/31), p=0,67. En el Grupo 4, la HIP fue mayor con endoclips que con endoloops: 50% (3/6) vs. 11,9% (5/42), p=0,049; OR=7,4 (IC95% 1,16– 47,19).

CONCLUSIÓN: En pólipos Ip de pedículo estrecho ≤10 mm la resección con asa demostró gran seguridad; en pedículo ancho >10 mm, la resección con endoloop fue significativamente más segura, cuando su longitud ≥15 mm permitía colocarlos; y la técnica de adrenalina+asa+cierre mostró mayor riesgo de hemorragia intraprocedimiento (HIP). Los endoclips no previenen la HIP; aunque son efectivos resolviéndola.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-20
¿HEMOS DE VIGILAR MÁS ESTRECHAMENTE A LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL?

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Pantaleón Sánchez, Miguel Ángel; Bessa, Xavier; Seoane, Agustín; Zaffalón, Diana; Dedeu, Josép María; Riu, Faust; Barranco, Luis; Bory, Felipe; Álvarez, Marco Antonio
Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus se ha asociado con un riesgo superior de desarrollo de cáncer colorrectal (CCR) aunque los resultados son discordantes. Un estudio reciente con población asiática ha sugerido que los adenomas se desarrollan en edades más tempranas en pacientes diabéticos.

OBJETIVO: Comparar la incidencia de adenomas y CCR entre pacientes diabéticos y no diabéticos en la población programa de cribado poblacional (PCP-CCR).

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los pacientes del PCP-CCR del área Litoral Mar que acuden a realización de colonoscopia durante el periodo junio 2012 a enero 2013.

RESULTADOS: Se incluyeron 404 pacientes, 46 diabéticos (11%). No hubo diferencias de distribución por sexo (Diabéticos 61% varones frente a 58%, p= n.s.), pero los pacientes diabéticos fueron mayores, edad media de 60,9 años (IC 95% 59,2-62,5) frente a 58,1 años (IC 95% 57,5-58,7), p=0,003. La colonoscopia fue de calidad, escala de Boston 8,3 (IC 95% 7,9-8,7) frente a 8,3 (8,2-8,5) y llegada a ciego 100% frente 98,5% en pacientes diabéticos y no diabéticos respectivamente, (p=n.s.). No hubo ningún CCR en diabéticos frente a 9 casos (2,5%) en no diabéticos (p=n.s.). Un 70% de los pacientes diabéticos presentaron adenomas frente a un 53% en los pacientes no diabéticos (p=0,04). También hubo una tendencia a mayor proporción de adenomas avanzados 37% frente a 24% (p=0,06) y un mayor número de adenomas; un 48% presentaron dos o más adenomas frente a un 27% en pacientes no diabéticos (p=0,008). En el análisis multivariado la diabetes fue la única variable con riesgo independiente RR 1,99 (1,01-3,94).

CONCLUSIONES: Los pacientes con diabetes mellitus en población de cribado con test inmunológico positivo presentan el doble de riesgo de incidencia de adenomas y un mayor número de estos. Estos pacientes pueden constituir un grupo de alto riesgo y motivar una modificación del programa de cribado poblacional.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-22
MEJORAR LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA DEL COLON Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE UTLIZANDO UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONOS MÓVILES

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Lorenzo-Zúñiga García, Vicente; Moreno De Vega Lomo, Vicente; Barberá, Marta; Boix Valverde, Jaume
Centro Médico DIGEST, Badalona

INTRODUCCIÓN: La información recibida es crucial para obtener una limpieza colónica satisfactoria. Las aplicaciones para teléfonos inteligentes (ATI) son muy útiles en la interacción médico-paciente.

OBJETIVO: Determinar si una ATI podría mejorar la calidad de la preparación intestinal, y conocer el grado de satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo con 260 pacientes ambulatorios (152 mujeres, edad media 50,5±14,1 años), con colonoscopia en turno de tarde. Se asignaron aleatoriamente a unos de los siguientes protocolos: a) Grupo ATI (n=108): ATI proporciona ayudas (imágenes, vídeos y texto explicativo) y alertas horarias con los pasos a seguir. b) Grupo Control (n=152): Instrucciones escritas con ayudas visuales. Ambos grupos recibieron el mismo producto de limpieza (PEG 2-L más ácido ascórbico). La calidad de la limpieza del colon se cuantificó mediante la escala de Harefield (0-20 puntos), que puntúa 5 segmentos del colon. La satisfacción de los pacientes (¿cómo de fácil? y grado de satisfacción) se evaluó mediante cuestionarios específicos (0-10 puntos) en el momento de la exploración, y se les preguntó si repetirían el mismo protocolo.

RESULTADOS: La escala de Harefield fue similar (17,05±3,23 en ATI vs 16.52±3,10 en controles; p=0,185). Por segmentos, sólo en el colon derecho la ATI fue estadísticamente superior al control (3,27±0,73 vs 3,07±0,68; p=0,026). La limpieza del colon fue satisfactoria en el 100% con ATI, y del 96,1% en los controles (p=0,038). La preparación con ATI fue estadísticamente superior a las instrucciones escritas en: grado de facilidad (8,44±1,68 vs 7,88±2,03; p=0,019), grado de satisfacción (8,77±1,65 vs 6,93±2,68; p<0,001) y volvería a repetir (88,9% vs 76,3%; p=0,007).

CONCLUSIONES: La calidad de la limpieza del colon y la satisfacción de los pacientes con el uso de ATI fueron superiores a las instrucciones escritas en pacientes ambulatorios sometidos a colonoscopia preparada con solución de PEG-2 L y ácido ascórbico.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

CO-28
ESTUDIO RANDOMIZADO DE DOS REGÍMENES DE PREPARACIÓN DE COLON EN PACIENTES DIABÉTICOS

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Álvarez, Marco Antonio [(1)]; Seoane, Agustín [(1)]; Ibáñez, Ines Ana [(1)]; García-Rodríguez, Ana [(1)]; Flores, Juana [(1)]; Fernández-Clotet, Agnes [(1)]; Riu, Faust [(1)]; Dedeu, Josép María [(1)]; Barranco, Luis [(1)]; Bory, Felipe [(1)]; Lorenzo-Zuñiga, Vicente [(2)]

[(1)] Hospital del Mar. Parc de Salut Mar, Barcelona; [(2)] Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona

INTRODUCCIÓN: Estudios previos demuestran que los pacientes diabéticos responden peor a las preparaciones habituales. Un protocolo específico de preparación para pacientes diabéticos puede mejorar la limpieza y aceptabilidad.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia, aceptabilidad y episodios de hipoglicemia entre un protocolo de preparación de colon convencional (DMc) y uno adaptado (DMi) en pacientes diabéticos con medicación hipoglicemiante.

MÉTODOS: El protocolo adaptado consistió en una visita de enfermería explicando una dieta estandarizada con carbohidratos sólidos el día previo a la colonoscopia en sustitución a la dieta líquida convencional y un ajuste de los fármacos hipoglicemiantes. Se aleatorizaron 1:1 pacientes diabéticos en régimen ambulatorio, con colonoscopia programada por síntomas o seguimiento de lesiones, para recibir DMc o DMi. Todos los pacientes recibieron 4 litros de polietilenglicol de forma fraccionada como laxante. El endoscopista valoró la limpieza de forma ciega mediante la clasificación de Boston. Se recogieron las variables demográficas y clínicas relacionadas con la limpieza, la aceptabilidad y los episodios de hipoglicemia.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 DMi, 38 DMc. Los pacientes DMc y DMi fueron similares en las todas las variables analizadas excepto la preparación recibida. Hubo una tendencia a una peor preparación en el grupo DMc (p=0,08). Hay que destacar que en el grupo DMc un 18% de colonoscopias fueron no valorables (Boston<=3) frente al 3% del grupo DMa (p=0,02). Sólo se observó un episodio de hipoglicemia en cada grupo. No hubo diferencias en la aceptabilidad.

CONCLUSIONES: El protocolo adaptado a pacientes diabéticos mejora la preparación del colon. No se ha conseguido demostrar una mayor aceptabilidad de la preparación adaptada. La nueva preparación propuesta es segura.

Como resultado de este estudio se establecerá como protocolo de preparación para colonoscopia en pacientes diabéticos de nuestra área.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-07

TRATAMIENTO DE LA DISRUPCIÓN DUCTAL PANCREÁTICA MEDIANTE PRÓTESIS TRANSPAPILAR: ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO TERAPÉUTICO

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Vila, Juan J; Ruiz-Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Valdivielso, Eduardo; Prieto, Carlos; Casi, María Ángeles; Bolado, Federico; Urman, Jesús; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Fº Javier

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la disrupción ductal pancreática (DDP) mediante prótesis pancreáticas transpapilares (PT) resuelve la DDP en el 44-92% de los casos, especialmente si la PT puentea la DDP, lo cual es técnicamente muy complejo.

OBJETIVO: Analizar los resultados del tratamiento de DDP mediante PT e influencia de diversos factores en el éxito terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos retrospectivamente una base de datos prospectiva identificando pacientes sometidos a tratamiento endoscópico de DDP entre enero/09-junio/14. Analizamos tipo de DDP (parcial/completa), pancreatopatía (estenosis/pancreatolitiasis/colección), localización de PT ("en puente" cuando la PT conectó el conducto proximal y distal a DDP; "intradisrupción" cuando la PT se colocó dentro de la DDP; "distal" cuando la PT quedó por debajo de la DDP) y resultado terapéutico. Obtuvimos aprobación por CEIC local.

RESULTADOS: Incluimos 29 pacientes: 21 con DDP parcial y 8 completa. Asociada: pancreatolitiasis (2 casos), estenosis (17) y colección (27). En todos los pacientes se colocó PT: en puente (13 pacientes: 11 con DDP parcial y 2 completa), intradisrupción (8 pacientes: 4 parcial, 4 completa) y distal (8 pacientes: 6 parcial, 2 completa). Asociamos esfinterotomía pancreática mayor (19 pacientes) y minor (3). En dos pacientes no pudimos analizar el resultado terapéutico por cirugía y exitus. En los 27 restantes comprobamos resolución de la disrupción en 20 (74,1%): 14/19 parciales, 6/8 completas. La PT en puente resolvió la DDP en el 100%, la intradisrupción en 75% y la distal en 28%. La colocación en puente o intradisrupción fueron significativamente más resolutivas que la distal (90% vs 28%; p=0,005). El resto de variables no influyeron en el resultado.

CONCLUSIONES: El tratamiento mediante PT resuelve la DDP en el 74% de los casos. Las PT en puente o intradisrupción son la mejor opción subiendo el éxito terapéutico al 90%.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-08

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS DE GRAN TAMAÑO (CGT) MEDIANTE PAPILOPLASTIA CON BALÓN (PCB)?

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Tavío Hernández, Eduardo; Vázquez Sequeiros, Enrique; Rodríguez De Santiago, Enrique; González Martín, Juan Ángel; Foruny Olcina, José Ramón; Benita León, Vicente; Defarges Pons, Víctor; Boixeda De Miquel, Daniel; Albillos Martínez, Agustín
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN: La extracción de CGT mediante PCB tiene una eficacia considerable. Se desconoce si el grado de experiencia en la técnica influye en sus resultados y complicaciones.

OBJETIVO: Evaluar la influencia de la experiencia del endoscopista en el éxito terapéutico y complicaciones derivadas de la realización de PCB.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizan las primeras 200 papiloplastias realizadas por 5 endoscopistas en un Hospital de tercer nivel entre 10/06-05/14. Se recogieron edad, sexo, ASA, endoscopista, indicación de CPRE-PCB, número de litiasis y tamaño, diámetro de colédoco, diámetro de dilatación, litotricia asociada, esfinterotomía, precorte, existencia de divertículo, dificultad de la CPRE, cirugía previa y datos analíticos. Se estudió el éxito terapéutico y las complicaciones de la PCB en función de la experiencia acumulada de cada endoscopista.

RESULTADOS: Hubo diferencias significativas entre los endoscopistas en la tasa de éxito terapéutico, pero no en las complicaciones (Tabla1). No se identificaron diferencias significativas en éxito, complicaciones o gravedad al analizar por bloques de 50 papiloplastias. El éxito terapéutico se asociaba con el tamaño de la litiasis ($p<0.001$). La aparición de complicaciones se asoció con la trombopenia ($p=0.02$). El desarrollo de complicaciones graves después de la PCB se asociaba con la existencia de colangitis previa ($p=0.03$), la realización de una esfinterotomía en el mismo acto de la PCB ($p=0.02$) y con CPREs difíciles ($p=0.016$). El número de litiasis no se asociaba con más complicaciones, pero sí con una tendencia a mayor gravedad de las mismas ($p=0.09$).

CONCLUSIONES: El éxito y complicaciones de una PCB en CGT se asocia al tamaño de la litiasis, a la presencia de trombopenia, esfinterotomía concomitante y CPRE difícil, pero no al grado de experiencia del endoscopista.

Tabla 1. Resultados de la papiloplastia por endoscopista

	Endoscopista 1	Endoscopista 2	Endoscopista 3	Endoscopista 4	Endoscopista 5	p
Número PCB	42	29	70	39	20	
limpieza	30 (71,4%)	27 (93,1%)	63 (90%)	31 (79,5%)	14 (70%)	0,027
complicaciones	7 (16,7%)	6 (20,7%)	11 (15,7%)	6 (15,4%)	2 (10%)	0,9
Gravedad de las complicaciones						
leves	4	3	6	4	2	0,26
moderadas	0	3	4	1	0	
graves	3	0	1	1	0	

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-10
PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL: INDICACIONES Y RESULTADOS EN PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Peñas Herrero, Irene [(1)]; González Redondo, Guillermo [(2)]; Sánchez-Ocaña, Ramón [(1)]; Santos Santamarta, Fernando [(1)]; Busto Bea, Víctoria [(1)]; Loza Vargas, Andrea [(1)]; Amo Alonso, Rebeca [(1)]; Gil-Simón, Paula [(1)]; De La Serna Higuera, Carlos [(1)]; Pérez-Miranda, Manuel [(1)]

[(1)] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [(2)] Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Número total (porcentaje)	INDICACIÓN	ÉXITO TÉCNICO	ÉXITO CLÍNICO *pacientes perdidos en el seguimiento	COMPLICACIÓN	COMPLICACIONES SEVERAS
Vesícula	30 (30.61%)	29 (96.67%)	26 (92.31%) 3*	4 (17.39%)	3 (10.71%)
Pseudoquiste	22 (22.45%)	21 (95.45%)	18 (94.73%) 2*	0 (0%)	
Necrosis pancreática	23 (23.47%)	21 (91.30%)	18 (94.74%) 2*	1 (4.76%)	
Absceso pancreático	6 (6.12%)	5 (83.33%)	4 (100%) 1*	0 (0%)	
Coledocoduodenostomía/gastrostomía	8 (8.16%)	8 (100%)	4 (66.67%) 1*	1 (16.67%)	
Hepaticogastrostomía	1 (1.02%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	
Absceso hepático	4 (4.08%)	4 (100%)	4 (100%)	1 (25%)	
Otras colecciones líquidas	2 (2.04%)	1 (50%)	1 (100%) 1*	1 (50%)	1 (50%)
Duodenoyeyunostomía	1 (1.02%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	
Yeyunostomía percutánea	1 (1.02%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	
TOTAL	98 pacientes	92 (93.87%)	78 (88.64%) *10	8 (9.41%)	4 (4.70%)

INTRODUCCIÓN: Los resultados preliminares con las PAL son prometedores, aunque sólo están aprobadas para colecciones pancreáticas.

OBJETIVO: Describir indicaciones y resultados del drenaje endoscópico mediante PAL (Axios, Xlumena) en patología biliopancreática.

MÉTODOS: Revisión de pacientes identificados prospectivamente en un centro terciario con inserción de PAL desde Mayo de 2011 a Febrero de 2014. Técnica estándar USE-guiada, tras dilatación sobre guía de trayecto de punción.

RESULTADOS: Se intentó PAL Axios en 98 pacientes (Edad media 69.5 años, rango 34-97.5). 68.37% hombres. Indicaciones más frecuentes: colecciones pancreáticas (necrosis, pseudoquiste, absceso) y vesícula. Otras: vía biliar, abscesos hepáticos, miscelánea (Tabla).

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

El éxito técnico global fue de 93.87% y el éxito clínico del 88.64% (78 pacientes). Complicaciones en 9.41% de los pacientes (3 severas en vesícula, dos requirieron cirugía, un exitus). En 10.5% se registraron dificultades durante la liberación de la PAL, a pesar de lograrse finalmente el implante. Se intentó retirada en 42 pacientes (42.86%), siendo fácil la extracción en 38 (92.68%) y fallida en 1 caso. En el resto, se optó por dejar PAL in situ. Migración en 7 casos tras una media de 121 días (SD 73.05). En otros 4 pacientes hubo disfunción tras una media de 28.5 días (SD 13.05), 2 recidiva de colecistitis aguda y 2 aparición de fiebre y/o aumento de tamaño del pseudoquiste preexistente. Excluyendo 13 pacientes sin datos de seguimiento, el tiempo medio de fue de 276.7 días (SD 297.58).

CONCLUSIONES: Las PAL se han convertido en la estrategia dominante para el drenaje de colecciones pancreáticas en nuestro centro. Al permitir el drenaje transmural de estructuras no adheridas al tubo digestivo con seguridad, ofrecen nuevas dianas terapéuticas. La liberación de las PAL presenta dificultades sin repercusión clínica y complicaciones en 10%, respectivamente, por lo que su indicación debe evaluarse cuidadosamente. Estos alentadores resultados deben confirmarse.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-17

ESFINTEROPLASTIA PANCREÁTICA COMO MANIOBRA TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA PANCREÁTICA: PERFIL DE SEGURIDAD Y RESULTADOS

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Vila, Juan J; Ruiz-Clavijo, David; González De La Higuera, Belén; Valdivielso, Eduardo; Iriarte, Ainara; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Fº Javier
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: La esfinteroplastia pancreática (EP) es poco habitual en CPRE con escasas referencias en la literatura, incluyendo la mayor serie publicada 4 casos.

OBJETIVO: Definir el contexto en el que realizamos EP en nuestro hospital y sus resultados como técnica terapéutica asociada a CPRE pancreática (CPREp).

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de EP realizadas en nuestro hospital entre enero/2009-junio/2014. Valoramos datos epidemiológicos, indicación de CPREp, patología pancreática asociada, calibre de EP, terapéutica endoscópica asociada, éxito terapéutico y complicaciones. Obtuvimos aprobación del CEIC de nuestro hospital.

RESULTADOS: Realizamos 181 CPREp con EP asociada en 22, correspondientes a 13 pacientes (21 hombres) con edad media de 64,59±15,76 años. El calibre medio de EP fue 8,43 mm (rango: 5-10). La indicación de CPREp fue estenosis pancreática (3), migración interna de prótesis pancreática (2), pancreatolitiasis (16) y drenaje de colección (1). A pesar de la indicación inicial, en estas 22 CPREp encontramos pancreatolitiasis en 20 (diámetro medio 10 mm), estenosis en 20 y colecciones en 3. Realizamos EP inmediatamente tras esfinterotomía pancreática en 7/13 pacientes. Completamos todas las EP con prótesis pancreáticas (media: 2,74, rango:1-6). Realizamos EP asociada de forma significativa a la presencia de pancreatolitiasis y estenosis con respecto al resto de pancreatopatía hallada en la CPREp (50%vs1,47%; $p<0,0000001$; 16%vs3,7%; $p=0,02$). La EP ayudó a la extracción completa de pancreatolitiasis, resolución de estenosis y extracción de prótesis migradas en el 54%, 36% y 100% de los pacientes. Tras la EP hubo una pancreatitis y una perforación, sin diferencias en índice de complicaciones con respecto al resto de CPREp (9%vs7,1%;$p>0,05$).

CONCLUSIONES: La EP es una técnica segura, que facilita el tratamiento endoscópico pancreático y que se realiza en el contexto de pancreatolitiasis y estenosis pancreáticas.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-18

MIGRACIÓN ESPONTÁNEA DE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS INSERTADAS POR COLEDOCOLITIASIS DIFÍCILES CON RESOLUCIÓN ESTABLE DE LA OBSTRUCCIÓN BILIAR

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

García-Cano, Jesús; Martínez Pérez, Teresa; Valiente González, Laura; Jiménez Martínez, Yolanda; Martínez Fernández, Raquel; Viñuelas Chicano, Miriam; De Gracia, Celia; Gómez Ruiz, Carmina; Morillas Ariño, Julia; Pérez García, José Ignacio; Pérez Sola, Ángel
Hospital Virgen de la Luz

INTRODUCCIÓN: Tras una sesión de CPRE en la que no pueden extraerse todas las coledocolitiasis es habitual insertar algún tipo de prótesis plástica. Es conocido que tras varios meses las coledocolitiasis disminuyen de tamaño e incluso pueden desaparecer y la prótesis migrar.

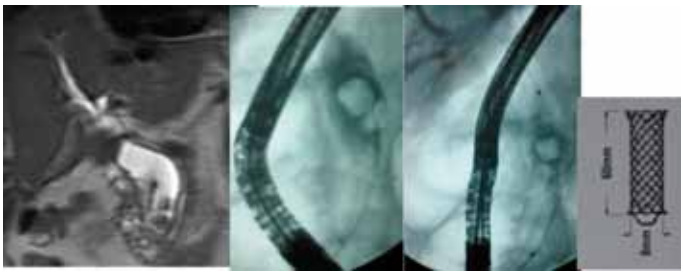
OBJETIVO: Estudiar la tasa de limpieza coledociana con migración espontánea de la prótesis en pacientes con coledocolitiasis difíciles en los que por circunstancias especiales se insertó una prótesis metálica autoexpandible totalmente recubierta.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo realizado sobre una base de datos diseñada específicamente para las CPRE en nuestro centro, en la que los pacientes se introducen de forma prospectiva. Todas las intervenciones endoscópicas se realizaron en pacientes de nuestra Área de Salud y estuvieron ingresados, al menos, la noche de la CPRE.

RESULTADOS: Sobre un total de 320 CPRE realizadas en pacientes con obstrucción biliar por coledocolitiasis, se insertaron 40 (1,25%) prótesis metálicas autoexpandibles totalmente recubiertas (Wallflex 8 mm de diámetro con 6 u 8 cm de longitud) en situaciones en que la extracción se consideró difícil debido al tamaño y/o número de las coledocolitiasis, unido a la necesidad de asegurar el máximo drenaje biliar en el mínimo tiempo posible (figura). No hubo complicaciones tras la CPRE.

En el seguimiento se observó que en 10 pacientes (25%), en una media de 4,5 meses la prótesis no se encontró en la radiografía simple de abdomen y las enzimas hepáticas se normalizaron. En estos pacientes no han aparecido complicaciones biliares con un seguimiento mínimo de 6 meses.

CONCLUSIONES: En esta serie, en los casos seleccionados en que se utilizaron prótesis metálicas autoexpandibles totalmente recubiertas para drenar la vía biliar en coledocolitiasis difíciles, no extraíbles en la CPRE, se produjo una expulsión espontánea de la prótesis y una resolución estable de la obstrucción biliar en el 25%.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-21

¿SOMOS EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS ANASTOMÓTICAS EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS?

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Padilla Suárez, Camilo; Ahumada Jiménez, Adriana; Nogales Rincón, Óscar; López Ibáñez, María; Pérez Rial, Gabriel; Caballero Marcos, Arantxa; González Asanza, Cecilia; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
HGU Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La estenosis de la anastomosis biliar (EAB) es una complicación frecuente en el trasplante hepático (TH) que condiciona importante morbimortalidad. La CPRE es el tratamiento de elección. Sin embargo aún no se ha demostrado cuál es la estrategia de tratamiento óptima.

OBJETIVO: Valorar la eficacia y complicaciones del tratamiento endoscópico con CPRE de pacientes trasplantados hepáticos con EAB.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron de manera retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico de EAB tratados con CPRE en nuestro centro en el periodo de Abril/2005 a Diciembre/2013. Se estudiaron variables endoscópicas y clínicas. Se consideró éxito de tratamiento la resolución total de la estenosis (endoscópica/clínica) y mala respuesta la necesidad de realizar otras técnicas.

RESULTADOS: Se incluyeron 99 pacientes (77% hombres). Edad media 52 años (rango 24-67 años). Media de aparición de EAB: 74.8 semanas desde THO. Se realizó una media de 3,5 CPRE a cada paciente (rango 1-10). Éxito técnico del 82% (285/348 procedimientos). En cuanto al tratamiento, se realizó dilatación en 79/99 (80%). Se utilizaron prótesis plásticas en 74 (75%) (3,9 prótesis por paciente), en 3 (3%) prótesis metálicas (1.4 por paciente) y en 16 (16%) inicialmente prótesis plásticas (4.7 por paciente), seguidas de metálicas (1.5 prótesis por paciente). La media de tiempo de tratamiento con prótesis: 33 semanas. Migraron 17 prótesis: 10 plásticas (9 distal y 1 proximal) y 7 metálicas (distal). La tasa de complicaciones fue de 9,2% (32/348 procedimientos) (Colangitis/bacteriemia 3,1%, pancreatitis post-CPRE 3,1%, sangrado postesfinterotomía 1,1%, anestésicas 0,8%, abscesos 0.5% y perforación 0,3%); dos mortales (pancreatitis).

La respuesta al tratamiento a más de 12 meses fue completa en 69 pacientes (69%), 11 (11%) presentaron recidiva (todos rescatados con cirugía) y 19 (19%) no respondieron al tratamiento.

CONCLUSIONES: La CPRE es moderadamente eficaz en el tratamiento de la EAB, teniendo presente siempre las potenciales complicaciones de la técnica.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-25

COMPARACIÓN DE PINZA DE BIOPSIA PEDIÁTRICA VS SPYBITE EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESTENOSIS BILIARES: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

González-Huix Lladó, Ferran [(1)]; Louvriex, Rene [(2)]; Figa, Montserrat [(1)]; Alburquerque, Marco [(3)]; Vargas, Alba [(1)]

[(1)] Clínica Girona, Girona; [(2)] Hospital Doctor Josép Trueta, Girona; [(3)] Hospital de Palamos, Girona

INTRODUCCIÓN: La precisión del diagnóstico anatomopatolológico (AP) en estenosis biliares es bajo y aumenta usando dos técnicas de obtención de muestra (cepillado, biopsias, punción). Se desconoce la efectividad de la pinza Spybite.

OBJETIVO: Comparar rendimiento de pinza estándar pediátrica y Spybyte en el diagnóstico AP de las estenosis biliares.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo aleatorizado. Inclusión estenosis biliares por CPRE (Feb2009-Ene2011). Muestras: cepillado citológico más biopsias intrabiliar: pinza Estándar Pediátrica (EP) vs Spybite (Sb). Registramos: Número pases de pinza, impresión de muestras adecuadas por endoscopista (obtención de tejido) y enfermera (visualización de biopsias en frasco), resultados informe citológico y histológico, seguimiento de 1 año. **Objetivo primario:** Rendimiento diagnóstico según tipo de pinza.

RESULTADOS: Incluimos 101 pacientes (edad: 72,57±13,20; 41♀) con estenosis biliares: 71 malignas, 86% extrahepáticas; Grupo EP: 44; Sb 57. Conseguimos ≥4 pases de pinza: 84%; de 1-3 muestras: 48,4% y >3: 51,6%. La adecuación de muestra fue considerada buena por endoscopista: 53,5% y por enfermera: 55,4%. Análisis histopatológico: Ausencia de tejido/ insuficiente en 21,2%, epitelio normal: 23,2%, inflamatorio: 25,3%, displásico: 15,2% (bajo grado: 8,1%; alto grado: 7,1%), tumoral: 15,2%. Se obtuvo diagnóstico correcto en 59,4% (n=60); EP: 65,9% vs. Sb: 54,5%; p=0,16. El acceso intrabiliar (>3 pases) fue mayor con EP (93,1 vs 84,1%; p=0.048). La impresión de muestra adecuada fue mejor con EP para el endoscopista (p=0,186) alcanzando significación en la valoración por enfermera (EP: 77,3% vs. Sb 38,6%; p=0,001).

CONCLUSIONES: El rendimiento AP (citología+biopsia) de las estenosis biliares por CPRE es del 59,4% sin diferencias respecto del tipo de pinza. El acceso y obtención de muestras es mejor con la pinza estándar pediátrica.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

CO-26
FACTORES IMPLICADOS EN LA INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA POST-CPRE EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

García García, María José; Llerena Santiago, Susana; Alonso Martín, Carmen; Arias Loste, María Teresa; Martín Ramos, Luis; Terán Lantarón, Álvaro; De La Peña García, Joaquín.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es la complicación más frecuente asociada a la colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se han descrito diferentes factores relacionados con el riesgo de PA post-CPRE (PAPCPRE). Existen dos intervenciones que han demostrado disminuir su incidencia como el uso de antiinflamatorios no esteroideos y la colocación de prótesis pancreáticas (PP).

OBJETIVO: Análisis de factores demográficos, farmacológicos y técnicos relacionados con la incidencia de PAPCPRE en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohortes retrospectivo evaluando las CPREs realizadas entre diciembre de 2011 y noviembre de 2013, tomando 12 meses antes y después de iniciar nuestro protocolo de indometacina rectal 100 mg antes de cada CPRE, salvo contraindicación, como profilaxis de PAPCPRE. Se excluyeron aquéllas con esfinterotomía biliar previa y la terapéutica pancreática.

RESULTADOS: Se realizaron 514 CPREs, de las cuales 358 (69,64%) cumplían los criterios de inclusión. La incidencia global de PAPCPRE fue del 5,6% (n=20). Los principales resultados se exponen en la Tabla, si bien ninguna de las variables alcanzó las diferencias significativas probablemente por un tamaño muestral reducido.

CONCLUSIONES: La PP parece disminuir la incidencia de PAPCRE siempre que se canula el páncreas.

En nuestro estudio, la profilaxis universal con indometacina no muestra efecto en la reducción de PAPCPRE, por lo que su uso quizá deba restringirse a pacientes de alto riesgo.

Se necesitan estudios prospectivos comparando ambos métodos.

	% de PAPCPRE según factor de riesgo		OR (IC: 95%)	*P*
	Sí	No		
PA previa	15%	5%	2,982 (0,952-9,339)	0,092
Indometacina	5,8%	5,4%	1,059 (0,450-2,493)	1
Esfinterotomía biliar	6,0%	4,1%	1,451 (0,437-4,820)	0,776
Esfinteroplastia	9,5%	5,3%	1,783 (0,443-7,179)	0,331
Precorte	4,3%	6,1%	0,702 (0,241-2,047)	0,610
Canulación pancreática	7,8%	4,5%	1,707 (0,728-4,004)	0,226
PP tras canular páncreas	5,3%	12,2%	0,437 (0,124-1,539)	0,276
Contraste páncreas	9,0%	4,6%	1,933 (0,799-4,678)	0,163
PP tras contraste	7,7%	13,6%	0,564 (0,138-2,314)	0,418

ECOENDOSCOPIA

CO-09
HISTORIA NATURAL DE LOS TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS: CRITERIOS CLÍNICOS Y ECOENDOSCÓPICOS DE MALA EVOLUCIÓN

Mesa Comunicaciones I. 07/11/2014 11:45

Padilla Suárez, Camilo; González Asanza, Cecilia; Merino Rodríguez, Beatriz; Klimova, Katerina; Carbonell Blanco, Carlos; Ávila Alegría, Juan Carlos; Martínez, Helena; Nogales Rincón, Oscar; García Lledó, Javier; Menchén Fernández Pacheco, Pedro
Hospital Gregorio Maañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La historia natural de las lesiones quísticas de páncreas no es del todo conocida y el diagnóstico de certeza es complicado.

OBJETIVO: Identificar las características por ecoendoscopia (EUS) en el momento del diagnóstico que se relacionen con evolución desfavorable en los tumores quísticos de páncreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes con diagnóstico de tumor quístico de páncreas a quienes se realizó una ecoendoscopia entre junio de 2007 y diciembre de 2013. Consideramos *evolución favorable* la ausencia de complicación y *evolución desfavorable* la aparición de datos por EUS de malignidad, aumento mayor del 50% del tamaño, aparición de sintomatología o histología de malignidad. Se excluyeron del análisis aquellos casos con un tiempo de seguimiento inferior a 12 meses y los pseudoquistes.

RESULTADOS: Evaluamos 234 pacientes,114 cumplieron los criterios de inclusión, 63 hombres (55,3%), edad media 63 años. El diagnóstico fue incidental en 67 (58,8%) de los casos.

En cuanto a las características de las lesiones 69 (60,5%) estaban en cabeza, en 38 (33%) se encontraron datos EUS de malignidad (15% pared irregular, 17% componente sólido, 6% calcificaciones). El tamaño medio fue 21 mm. Los diagnósticos por EUS fueron: origen indeterminado 53 (47%),TPMI 36 (32%), seroso 12 (11%), mucinoso 11 (10%) y tumor neuroendocrino 2 (2%). Se operaron 35(31%) pacientes. Fallecieron 7 (6%) pacientes, 3 en relación con la cirugía.

Los criterios que encontramos relacionados con evolución desfavorable se resumen en la tabla.

Criterio	Buena evolución	Mala evolución	Valor de p
Tamaño (mm)	13,2	31,23	0,012
CEA (UI/ml)	138	788	0,0001
Género % mujeres	30,6	61,5	0,001
Localización cabeza%	48	75	0.001
Datos EUS de malignidad %	9,7	61,5	0,0001
Pared irregular %	28,8	3,2	< 0,0001

CONCLUSIONES: La EUS aporta datos significativos que nos pueden ayudar a tomar decisiones de manejo de esta patología.

ECOENDOSCOPIA

CO-13

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS (CP) MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS (PMR): RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Vázquez Sequeiros, Enrique [1]; Pérez Miranda, Manuel [2]; Sánchez Yague, Andrés [3]; Gornals, Joan [4]; González-Huix, Ferran [5]; De La Serna, Carlos [6]; González Martin, Juan Ángel [1]; González Panizo, Fernando [7]; Gimeno, Antonio [8]; Marra-López, Carlos [9]; Castellot, Ana [10]

*[1] Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; [2] Hospital Río Hotega, Valladolid; [3] Hospital Costa Del Sol, Marbella; [4] Hospital Bellvitge, Barcelona; [5] Clínica Girona, Girona; [6] Hospital Río Hortega, Valladolid; [7] Hospital Universitario Quirón Madrid, Pozuelo De Alarcon; [8] Hospital Universitario Tenerife, Tenerife; [9] *, Vitoria; [10] Hospital Insular Las Palmas, Las Palmas De Gran Canaria*

INTRODUCCIÓN: El drenaje endoscópico de CP se realiza mediante prótesis plásticas, pero sus resultados en colecciones densas (Necrosis pancreática organizada/NPO) son discretos. El papel de las PMR en CP es desconocido.

OBJETIVO: Analizar la seguridad y eficacia del tratamiento mediante PMR de las CP.

MATERIAL Y MÉTODO: Participantes: todos los Hospitales españoles. Periodo inclusión: 04/08-08/13. Criterios Inclusión: 1.) PT con CP sintomática sometido a drenaje mediante PMR. Se recogió información demográfica, etiología, tipo de prótesis utilizada, éxito técnico, eficacia a corto (2 semanas) y largo plazo (3-6 meses), y complicaciones. Se realizó drenaje de CP bajo control USE (técnica-convencional) + PMR +/- doble-pigtail-plástico +/- catéter-nasoquístico para lavado. Se emplearon PMR biliares rectas (10x60 mm) y stents de doble-flap (10x10 mm).

RESULTADOS: 211PT (H/M 69/31%; 58 años; litiasis/alcohol/otras etiologías 49/39/12%; pancreatitis crónica 25%; pseudoquiste/NPO 53/47%; tamaño CP 93.3±35.7 mm; tiempo de evolución desde diagnóstico 65.5±21.6 días; drenaje previo de CP por cualquier técnica/vía 13%; PMR biliar recta/doble flap 66/34%; prótesis plástica coaxial tipo doble pigtail 52%; catéter nasoquístico y lavado 27%; necrosectomía 17%). Éxito técnico drenaje de CP= 97% (95% IC 93-99%). Éxito clínico a corto y largo plazo del 94% (95% IC 89-97%) y 85% (95% IC 79-89%), respectivamente. Complicaciones en 44/211PT (21%, 95% IC 16-27%): sangrado/infección-disfunciónPMR/perforación-neumoperitoneo/migraciónPMR (7/11/3/5%). La tasa de complicaciones no dependía del tipo de PMR ($p>0.05$). El tratamiento endoscópico fue ineficaz en 15% de los PT, requiriendo tratamiento de rescate (endoscópico: 5%; Rx-percutáneo: 3%; cirugía: 7%). Las CP > 90 mm, con > 60 días desde diagnóstico y con drenaje previo fallido, se asociaban con fallo del tratamiento endoscópico, y necesidad de cirugía de rescate ($p<0.05$).

CONCLUSIONES: 1.) Las PMR son eficaces y relativamente seguras para drenar (pseudoquistes o NPO). 2.) Las CP de gran tamaño, larga evolución, y con drenajes previos fallidos tienen mayor fracaso terapéutico y deberían tratarse más agresivamente.

ECOENDOSCOPIA

CO-16
DRENAJE BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA (DBUSE) FRENTE AL DRENAJE MEDIANTE COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA (CTPH) TRAS CPRE FALLIDA EN LA OBSTRUCCIÓN BILIAR NEOPLÁSICA

Mesa Comunicaciones II. 07/11/2014 17:50

Alcaide, Noelia [(1)]; Peñas, Irene [(2)]; Sánchez-Ocaña, Ramón [(2)]; Udaondo, María Antonia [(1)]; De La Serna, Carlos [(2)]; Velayos, Benito [(1)]; Del Olmo, Lourdes [(1)]; Gil, Paula [(2)]; Trueba, Javier [(1)]; González, José Manuel [(1)]; Pérez-Miranda, Manuel [(2)].

[(1)] Hospital Clínico Universitario, Valladolid; [(2)] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La CTPH es el método de elección para el drenaje paliativo de la obstrucción biliar neoplásica cuando la CPRE no resulta posible. Se postula el DBUSE como alternativa a la CTPH, aunque todavía no se han comparado ambas técnicas.

OBJETIVO: Comparar la eficacia y seguridad de DBUSE y CTPH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado de manera retrospectiva los 28 casos de obstrucción biliar maligna no operables drenados mediante CTPH tras CPRE fallida en un hospital terciario de marzo de 2011 a marzo de 2014 y se han comparado con 30 pacientes drenados mediante DBUSE en otro hospital terciario, en términos de bilirrubina previa, días desde el ingreso hasta el procedimiento, número de sesiones requeridas en el episodio índice, éxito técnico (colocación de drenaje), drenaje biliar interno, tipo de prótesis, éxito clínico (disminución de la bilirrubina en un 80% respecto al valor basal en 7-30 días), complicaciones, exitus relacionados con el procedimiento, estancia hospitalaria, permeabilidad de las prótesis, supervivencia. Se utilizaron X2 y test de Fisher para las comparaciones.

RESULTADOS: DBUSE: edad media 74.13 años (36-93), 60% varones, 30% Ca páncreas, 20% metastásico, 13.3% Colangiocarcinoma, 36.7% otros, obstrucción hiliar 33.3%. CTPH: 77.2 años (40-92), 53.6% varones, 21.4% páncreas, 39.3% ColangioCa, 39.3% otros, obstrucción hiliar 41.1%. Sin diferencias basales, salvo en los niveles de bilirrubina. Tampoco hubo diferencias significativas en las tasas de éxito técnico, éxito clínico, y complicaciones, ni en la estancia hospitalaria, permeabilidad y supervivencia media. La tasa de drenaje biliar interno fue superior con DBUSE y se obtuvo a expensas de un número de sesiones significativamente menor (Tabla).

CONCLUSIONES: La seguridad y eficacia del DBUSE son comparables a la CTPH en pacientes con obstrucción biliar neoplásica irresecable y CPRE fallida, requiriendo un menor número de sesiones y logrando una mayor tasa de drenaje biliar interno.

	CPES	CTPH	p
Bilirrubina previa (mg/dL)	**8.4**	**13.6**	**0.010**
Días hasta el procedimiento	10.70	9.64	0.704
Número de sesiones	**1.43**	**2.36**	**0.000**
Éxito técnico	29	28	1.000
Drenaje interno	**29**	**21**	**0.023**
Prótesis metálica	18	21	0.100
Éxito clínico	20	15	0.481
Complicaciones	4	7	0.257
Exitus relacionados	1	2	0.187
Estancia hospitalaria	11.15	10.71	0.721
Permeabilidad stent (días)	126.90	84.80	0.633
Supervivencia media (días)	134.17	96.22	0.195

ECOENDOSCOPIA

CO-23

NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POR IRRIGACIÓN A TRAVÉS DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL EN NECROSIS PANCREÁTICAS ENCAPSULADAS (WOPN): EXPERIENCIA PRELIMINAR

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Gornals, Joan B; Consiglieri, Claudia; Salord, Silvia; Secanella, Lluis; Redondo, Susana; Pons, Carles; Busquets, Juli; Pelaez, Nuria; Fabregat, Joan.
Hospital Universitari De Bellvitge-Dibell, L'hospitalet, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La necrosectomía endoscópica de las necrosis pancreáticas encapsuladas (WOPN) derivada de las pancreatitis necrotizantes es una alternativa a la cirugía o drenaje percutáneo. Técnica no estandarizada y con dudas sobre su metodología: mecánica con utensilios, irrigación, nasoquístico o mixto.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de la necrosectomia endoscópica por irrigación (NEI) a través de prótesis de aposición luminal (PAL) en solucionar WOPN, sin necesidad de cirugía o drenaje percutáneo.

MATERIAL Y MÉTODO: Inclusión prospectiva, consecutiva, en centro terciario, de pacientes con WOPN (revisión Atlanta, Gut 2013) tratados con drenaje transmural por USE y NEI a través de PAL. Exclusión de cualquier colección no definida como WOPN. Periodo 05/2011-07/2014. Tipos de sesiones: (i) acceso + PAL +/-doble pigtail coaxial+/-irrigación; (ii) irrigación a través de PAL (250-1000mL/sesión); (iii)retirada stents. No uso de extracción mecánica. Análisis descriptivo. Éxito técnico (drenaje conseguido con PAL), éxito clínico (mejoría clínica, reducción a un tamaño <3 cm).

RESULTADOS: Realización de NEI en 11 pacientes (9 hombres; 51,3±14,4 años). Etiologia: alcohol (n=5); litiasis (n=4); idiopática (n=2). Tamaño: 124±29,4 mm. Infección en 7 colecciones (63%). Tiempo entre pancreatitis y drenaje: 38,8±16,1 semanas. Vía de acceso: transgástrica (100%). Prótesis: 13 PAL, 6 pigtails, 1 nasoquístico. Hospitalización 15,9±12,2 días. Número de sesiones: 35 total; 3,2/paciente (rango 2-8). IOT en 10 sesiones de acceso. Duración sesión acceso-drenaje: 32,3±10,6 min. Éxito técnico: 11/11=100%. Éxito clínico: 10/10=100% (1 caso reciente, pendiente evolución). No necesidad de ayuda quirúrgica/radiológica para completar la resolución. Retirada de stents: 9,1±3,4 semanas. No incidencias durante los procedimientos. Complicaciones: 2 hemorragias (transfusión + arteriografía) 5 y 7 días post-drenaje inicial, 1 migración y 1 obstrucción de PAL (sin pigtail). No mortalidad. Seguimiento medio: 14±14,5meses.

CONCLUSIONES: Descripción de nueva modalidad de procedimiento endoscópico minimamente invasivo para tratar WOPN. El drenaje transmural mediante PAL y sesiones de NEI parece ser eficaz y seguro, según esta experiencia inicial.

ECOENDOSCOPIA

CO-24

DRENAJE DE LA VESÍCULA BILIAR GUIADO POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) MEDIANTE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL (PAL) COMO TRATAMIENTO PALIATIVO DEFINITIVO: RESULTADOS A LARGO PLAZO

Mesa Comunicaciones III. 08/11/2014 08:50

Peñas Herrero, Irene; Sánchez Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Busto Bea, Víctoria; Loza Vargas, Andrea; Amo Alonso, Rebeca; Fernández Orcajo, Pilar; Vallecillo, María Antonia; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: El drenaje de la vesícula biliar guiado por USE (DVB-USE) es comparable en pacientes de alto riesgo a la colecistostomía percutánea a corto plazo (Jang, Gastroenterology 2012). Las PAL podrían añadir eficacia al DVB-USE, pero los seguimientos son limitados (De la Serna-Higuera, GI Endosc 2013).

OBJETIVO: Describir resultados a largo plazo DVB-USE mediante PAL.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión pacientes consecutivos con DVB-USE mediante PAL en centro terciario de Mayo-2011 a Febrero-2014 identificados prospectivamente. Criterios inclusión: éxito técnico y clínico tras DVB-USE, datos de seguimiento disponibles, mínimo 30 días post-DVB-USE. Técnica: PAL Axios clásico tras dilatación seriada sobre guía con cistotomo 6F y balón 4 mm.

RESULTADOS: De 30 DVB-USE, se incluyeron 20 pacientes (edad media 81.8 años, SD 8.36). 65% hombres. Indicaciones: colecistitis agudas refractaria 18 pacientes (90%), estenosis vía biliar tras CPRE y DBUSE fallidos en 2. PAL de 10x10 mm en 11 casos (58%) y 15x10 mm en 8. Se colocó prótesis coaxial en 6 casos (1 pig-tail, 5 prótesis biliar metálica más pig-tail). Acceso a la vesícula desde estómago en 15 casos (75%) y duodeno en 5. Se realizaron maniobras terapéuticas a través de la PAL en 6 casos, 3 extracción de cálculos, 3 cistoscopia e irrigación. Hubo 2 (10%) complicaciones post-procedimiento (sangrado moderado). Tras un seguimiento medio de 397.35 días (SD 334.9, mediana 330 días), se objetivaron 2 (10%) recidivas de colecistitis (media=31 días), por acodamiento e invaginación parietal, respectivamente. Las recidivas requirieron recambio endoscópico de la PAL por un doble pig-tail. Hubo además 3 retiradas electivas de PAL en pacientes asintomáticos (2 recambiadas por pig-tail, uno sin recambio).

CONCLUSIONES: La tasa de recidiva de colecistitis tras inserción USE-guiada de PAL con seguimientos superiores al año es del 10%. Este dato convierte al DVB-USE en preferible a la colecistostomía percutánea como opción paliativa definitiva en pacientes no quirúrgicos.

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PÓSTERS

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-001

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES GÁSTRICAS: CON CIANOACRILATO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rincón Gatica, Adalberto; Alcívar Vásquez, Juan Manuel; León Montañés, Rafael; López Ruíz, Teófilo; Sobrino Rodríguez, Salvador; Caballero Gómez, Juan Antonio; Bozada García, Juan Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La hemorragia por varices gástricas (HVG) está asociada a una morbimortalidad significativa y a un abordaje endoscópico limitado. Los tratamientos que han demostrado eficacia óptima es la inyección de adhesivos intravariceales como el 2-octil-cianoacrilato (CA).

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad a corto-mediano plazo del tratamiento endoscópico con CA en pacientes con HVG: Tasa de hemostasia, recidiva y erradicación de las VG, así como las complicaciones derivadas del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo 27 pacientes con inyección endoscópica de CA por HVG, 23 hombres (85,2%) edad media 53,5+/-14,5 años. El 82,2% eran cirróticos (15/23[65,2%] alcohol, 3[13,0%] VHC, 1[4,4%] NASH, 3[13,0%] causa criptogenética y 1[4,3%] autoinmune; Child 7,26+/-1.3 y MELD 9,8+/-3,9). El 25,9% presentaba TVP previa, 3,7% hepatocarcinoma, 59,3% VE conocidas (12/16 < 5 mm y 4/16 >5 mm), 44,4%(12/27) VG previas (9 GOV2 y 3 IGV1). Habían tratamiento endoscópico el 55,5% (20%[3/15] LEVE, 53,5%[8/15] EVE y 20%[3/15] EVE y LEVE). El 63,0% (17/27) recibían betabloqueantes.

RESULTADOS: La indicación en el 96% fue hematemesis. Cinco presentaban sangrado activo. El 66,6% presentaban VE (7/18 estigmas de riesgo). El 66,7% presentaba GOV2, 7,4% GOV1 y 25,9% IGV1 (todas >10 mm) El 33,3% recibieron esclerosis previa con Etanolamina y el 18,5% requirieron balón-Linton previo al tratamiento. Se inyectó 2,4+/-1,3 de CA con hemostasia y éxito del procedimiento del 100%.

Un seguimiento de 36,0+/-28,9 meses. En los 5 días post-procedimiento no hubo recidiva hemorrágica ni complicaciones. El 18,5% recidivaron a los 5,4 meses. El 88,9% se realizó endoscopias posteriores con erradicación de VG en el 41,7%% a los 25,8 meses de media. Un paciente desarrolló TVP. Tres requirieron TIPS y dos se trasplantaron. Seis fallecieron (cuatro de causa hepática).

CONCLUSIONES: El inyección de CA es un método eficaz e incluso definitivo en el tratamiento de la hemorragia digestiva por VG con una tasa baja de complicaciones.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-002

EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE LA GASTROPLASTIA EN MANGA VÍA ENDOSCOPICA (MÉTODO APOLLO) PARA EL TRATAMIENTO DE 36 PACIENTES OBESOS

López-Nava Breviere, Gontrand; Bautista, Inmaculada; Jiménez Baños, Amaya; Fernández-Corbelle, Juan Pedro
Hospital Universitario Sanchinarro, Madrid

INTRODUCCIÓN: En los últimos años han emergido y se han desarrollado nuevas técnicas y estrategias para el tratamiento de la obesidad a través de un orificio natural entre las que se encuentran la Gastroplastia en manga vía endoscópica (método APOLLO).

OBJETIVO: Evaluar la efectividad, seguridad y tolerancia, en el uso de esta técnica dentro de un equipo multidisciplinar de tratamiento de la obesidad (médico nutricionista, psicólogo y asesor deportivo).

MATERIAL Y MÉTODO: A 36 pacientes con IMC inicial medio de 38,1 kg/m^2, peso inicial medio de 107,6 kg y edad media de 43,4 años, se les practicó el Método APOLLO. El procedimiento se realizó bajo anestesia general y consistió en reducir el estómago por vía endoscópica para simular una manga gástrica a lo largo de la curvatura menor, empezando por el cuerpo gástrico y el fundus, suturando de distal a proximal, mediante series de puntadas triangulares. Se evaluó la evolución clínica y los cambios en el estado ponderal a los 1 (n=36), 3 (n=28) y 6 meses (n=14) de evolución.

RESULTADOS: Durante las primeras horas de la intervención, no se observaron complicaciones mayores. Todos los pacientes recibieron el alta a las 24 horas de la misma. La tasa de mortalidad y de comorbilidad mayor fue del 0%. El peso inicial y el % de pérdida de peso inicial disminuyeron significativamente al 1 mes (7,6 kg y 7,1%), a los 3 meses (14,0 kg y 13,1%) y a los 6 meses (20,0 kg y 18,4%) de evolución.

CONCLUSIONES: Los resultados de la Gastroplastia en manga vía endoscópica, en los 36 primeros pacientes intervenidos en Europa, evaluados a los 1, 3 y 6 meses, indican que dicha técnica englobada dentro de una unidad de endoscopia bariátrica multidisciplinar puede considerarse un tratamiento efectivo, seguro y bien tolerado para el tratamiento de la obesidad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-003

ENDOSCOPY IN HUMANS: UNA HERRAMIENTA 3D INTERACTIVA PARA LA FORMACIÓN EN ENDOSCOPIA

Usón García, Jesús [(1)]; Cristo García, Alejandro [(1)]; Fernández Bermejo, Miguel [(2)]; Soria Gálvez, Federico [(1)]; Morcillo Martín, Esther [(1)]; Suárez Gil, Mario [(1)]; Fernández Martí, José Manuel [(1)]; Rodríguez Sauceda, Alfonso [(1)]; Sánchez Margallo, Francisco [(1)]

[(1)] Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres; [(2)] Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

INTRODUCCIÓN: En el campo de la Medicina son muy importantes la seguridad al aplicar las técnicas diagnósticas (básicas o avanzadas), el cuidado óptimo del paciente y la garantía de la calidad. Por ello, la formación y entrenamiento del especialista adquieren un matiz de gran relevancia que puede ser potenciado por las nuevas tecnologías.

OBJETIVO: En este trabajo se propone una nueva metodología de aprendizaje, formación y perfeccionamiento del especialista en endoscopia digestiva mediante la utilización de las nuevas tecnologías, la aplicación "Endoscopy in Humans". Éstas pueden simular cualquier circunstancia y entorno, facilitando el entrenamiento ante afecciones más comunes, así como en lesiones más complicadas.

MATERIAL Y MÉTODO: La aplicación ha sido desarrollada por un grupo multidisciplinar de expertos en computación, artes gráficas y personal sanitario, potenciando la calidad tecnológica y la fiabilidad clínica, siguiendo el siguiente esquema de trabajo:

1. Modelado 3D del tracto digestivo en la especie humana y el instrumental involucrado, utilizando Autodesk 3DS Max, Autodesk Maya, MARI y UVLayout.
2. Desarrollo utilizando Unity, garantizando la compatibilidad con dispositivos móviles y tablets (IOs y Android) y PC (Windows).

RESULTADOS: La presente aplicación ha sido testeada por especialistas de varios centros sanitarios, lo que ha permitido la validación aparente de este nuevo método de formación. Los resultados confirman la utilidad de esta aplicación para implementar una formación alejada del entorno quirúrgico en los primeros niveles de la curva de aprendizaje, siguiendo el esquema: Anatomía, Instrumental y Técnicas (*Figura 1*).

Figura 1. Captura de pantalla de la aplicación "Endoscopy in Humans" durante una citología.

CONCLUSIONES: "Endoscopy in Humans" es una aplicación 3D interactiva para la formación y entrenamiento del especialista en endoscopia que permite el aprendizaje de la anatomía endoscópica digestiva, así como el conocimiento e interactuación con las herramientas básicas de diagnóstico y terapéutica básicas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-004

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL TEST DE UREASA EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES

Rosales Alexander, Carmen Luz; Huertas Nadal, Carlos; Figa Francesch, Montse; Aldeguer Mante, Xavier
Hospital Universitario Josép Trueta, Girona

INTRODUCCIÓN: La determinación de Helicobacter Pylori (HP) mediante el test de ureasa (TU) puede verse influenciada por diversos factores, algunos no modificables (distribución parcheada del microorganismo, densidad bacteriana), y otros modificables (ingesta previa de antibióticos o inhibidores de la bomba de protones, IBP).

OBJETIVO: Analizar el rendimiento diagnóstico de la determinación del TU en pacientes bajo tratamiento antisecretor crónico con IBP.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron prospectivamente pacientes en tratamiento con IBP en los que se realizó TU y biopsias antrales para determinación de HP. Se analizaron la edad, sexo, indicación de la prueba, tipo de IBP, resultado histológico y endoscópico. Se excluyeron los pacientes que habían recibido antibióticos y que no estaban bajo tratamiento (> 1 semana) con IBP. Se tomaron 6 muestras antrales, 4 para histología (*gold standard*) y 2 para TU (Gold HP dry®). La lectura del test de ureasa se realizó a las 24 h.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 67 pacientes. La prevalencia de infección por HP en nuestra muestra fue del 17,9%. La sensibilidad resultó del 50% y la especificidad del 94,5%. El valor predictivo positivo fue de 66,6% y el valor predictivo negativo del 89,6%.

		Histología		**Total**
		+	-	
Test de ureasa	+	6	3	**9**
	-	6	52	**58**
	Total	**12**	**55**	**67**

			IC al 95 %	
			Inferior	Superior
Prevalencia	**17,91%**	9,99%	29,59%	
Pacientes correctamente diagnosticados	**86,57%**	75,53%	93,30%	
Sensibilidad	**50,00%**	22,29%	77,71%	
Especificidad	**94,55%**	83,93%	98,58%	
VPP	**66,67%**	30,92%	90,96%	
VPN	**89,66%**	78,16%	95,72%	

CONCLUSIONES:

- La sensibilidad del test de ureasa en pacientes bajo tratamiento con IBP es baja, con un elevado porcentaje de falsos negativos.
- Debería recordarse y reflejarse este hecho previamente a la realización de una gastroscopia con determinación de TU.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-005

ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA DURANTE LA RESECCIÓN POR LAPAROSCOPIA DE LESIONES SUBEPITELIALES GÁSTRICAS: ES SIEMPRE NECESARIA?

Sampson, Jaime; Araujo, Isis; Sánchez, Cristina; Momblán, Dulce; Córdova, Henry; Ginès, Àngels; Lacy, Antonio M; Fernández-Esparrach, Gloria
Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La resección laparoscópica es considerada el tratamiento de elección para los tumores subepiteliales gástricos. Ocasionalmente es necesario realizar una gastroscopia intraoperatoria para localizar la lesión. No existen estudios publicados sobre los factores que puedan predecir la necesidad de un abordaje combinado laparoscópico-endoscópico.

OBJETIVO: Identificar las características preoperatorias que pudieran ayudarnos a predecir que pacientes van a requerir un abordaje combinado laparoscópico-endoscópico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando una base de datos recogida prospectivamente. En el período comprendido de Enero de 2005 a Diciembre de 2013, todos los pacientes intervenidos por laparoscopia de tumores subepiteliales gástricos irresecables endoscópicamente fueron revisados. Se realizaron análisis univariado y multivariado para identificar la existencia de factores predictores de la necesidad de una endoscopia intraoperatoria.

RESULTADOS: Treinta y ocho pacientes consecutivos (22 hombres y 16 mujeres) con una edad media de 67(41-86) años fueron sometidos a resección gástrica laparoscópica por tumores subepiteliales. Catorce (36,8%) pacientes requirieron de una evaluación endoscópica intraoperatoria. Los factores relacionados con la necesidad de una evaluación endoscópica durante la cirugía fueron el patrón de crecimiento tumoral intraluminal ($P = 0,002$) y el tamaño <18 mm ($p = 0,001$). Otras variables como la localización a nivel subcardial o en la cara posterior no tuvieron ninguna significación estadística.

CONCLUSIONES: Una descripción precisa del patrón de crecimiento tumoral y de su tamaño es importante en la evaluación preoperatoria de los tumores subepiteliales gástricos. Los tumores menores de 18 mm, con un crecimiento intraluminal son más propensos a necesitar un manejo combinado laparoscópico-endoscópico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-006

EVALUACIÓN DE LA RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA CON BANDAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA ESCAMOSO SUPERFICIAL DE ESÓFAGO

Colán Hernández, Juan; Guarner Argente, Carlos; Concepción, Mar; Gómez, Cristina; Sainz, Sergio; Guarner Aguilar, Carlos
Hospital Santa Creu y Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La resección mucosa endoscópica (RME) es el tratamiento de elección del adenocarcinoma esofágico superficial sobre esófago de Barrett. Su eficacia para el carcinoma escamoso esofágico superficial (CEES) es más controvertida por diversos motivos como la dificultad de delimitación de la lesión, infiltración profunda, presencia de lesiones metacrónicas o recidivas.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad y eficacia de la RME del CEES.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis prospectivo de los pacientes con CEES tratados con RME con bandas en nuestro centro desde el 2013. Se evalúa la eficacia como la ausencia de enfermedad después del tratamiento y el seguimiento desde la última RME hasta la última endoscopia.

RESULTADOS: Se trataron 5 casos, 4 hombres, con una edad mediana de 68 años (rango 66-85). Las lesiones se describieron como una área de eritema discretamente irregular de un tamaño mediano de 30 mm (rango 10-70), localizada en tercio distal (2), medio (2) y proximal a una anastomosis esofagoyeyunal (1). En 4 de los 5 se realizó una USE previa.

La resección completa se logró en una sesión en 3 pacientes. Los otros 2 requirieron 2 sesiones por persistencia de lesión en el margen distal de resección. La RME requirió una mediana de 3 bandas (rango 1-5). La AP mostró un pequeño foco de invasión submucosa superficial en 2 casos, en los que se continuó seguimiento endoscópico.

La mediana de seguimiento es de 6 meses (rango 3-12), sin recurrencias, lesiones metacrónicas, ni complicaciones.

CONCLUSIONES: La RME con bandas es una técnica eficaz y segura en el tratamiento del CEES. Es importante una evaluación anatomopatológica completa de la resección por la posibilidad de infiltración profunda y un estrecho seguimiento para la evaluación de persistencia de lesión. El marcaje de los márgenes de la lesión podría ser útil para evitar resecciones incompletas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-007

EXPERIENCIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES METÁLICAS EN NEOPLASIAS ESOFÁGICAS

Morcillo Jiménez, Elena; Bocanegra Viniegra, Marta; Vázquez Pedreño, Luis; González Arjona, Carolina; Mostazo Torres, José; Olmedo Martín, Raúl; González Grande, Rocío; Manteca González, Román
Hospital Regional Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN: En el carcinoma de esófago la disfagia constituye el síntoma principal. El tratamiento paliativo ideal debería solucionar la disfagia de forma simple, rápida, permanente, y segura.

OBJETIVO: Analizar de forma retrospectiva los resultados de la colocación de prótesis metálica autoexpandible parcialmente recubierta tipo Wallflex (Boston Scientific®) como método de paliación de la disfagia y fístulas esofágicas secundarias a patología maligna.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudió de forma retrospectiva 45 pacientes portadores de patología maligna del esófago y de la unión gastroesofágica desde el 14 de Noviembre del 2008 hasta el 2 de Julio del 2014. La edad media de los pacientes fue 73 años. 41 eran hombres (91,1%) y 4 mujeres (8,8%). En 32 pacientes la estenosis comprometía el esófago y en 13 la unión gastroesofágica. En 43 pacientes (95,5%) la indicación de la prótesis fue la disfagia, en uno (2,2%) la presencia de fístula esófago-bronquial y en el restante (2,2%), la presencia de fístula esófago-pleural.

RESULTADOS: La prótesis se insertó sin incidencias y la disfagia cedió en el 100% de los casos. Las complicaciones precoces más frecuentes fueron el dolor torácico transitorio, presente en 6 casos (13,3%)y el reflujo gastroesofágico presente en 10 pacientes (22,2%). En un único enfermo apareció fiebre (2,2%) y en otro disfagia por migración de la prótesis (2,2%). En los restantes, 9 presentaron complicaciones tardías. La más frecuente fue la recidiva de la disfagia (6 casos, 13,3%), debida a hiperplasia epitelial (2 casos) o crecimiento tumoral (4 casos). Otra fue la hemorragia digestiva alta que se dio en 3 casos (6,6%) y no se pudo objetivar que fuese secundaria a la prótesis.

CONCLUSIONES: Las prótesis metálicas autoexpandibles parcialmente recubiertas mejoran la disfagia de forma inmediata, segura y prolongada en neoplasias malignas esofágicas y además son efectivas en el manejo de las fístulas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-008

RENTABILIDAD DE LAS BIOPSIAS DUODENALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

Higuera Fernández, María Isabel; García Centeno, Pilar; Castellano López, Amelia; Ganoza Paredes, Mónica Giuliana; Golmayo Flethes, Carmen; De Frutos Rosa, Diego; Santos Rodríguez, Andrés; Gil Alcalde, Marta; Espinosa Taranilla, Laura; Barbero Villares, Almudena; Poves Martínez, Elvira

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía de base inmunológica por intolerancia permanente al gluten, en individuos genéticamente predispuestos; con una prevalencia entre 0.33 % y 1%.

En adultos el diagnóstico se realiza entre los 30 y 50 años con predominio en mujeres (2:1).

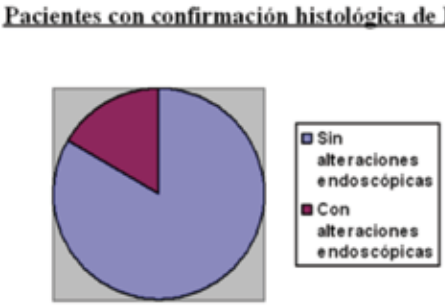
El diagnóstico se basa en la clínica compatible, existencia de enteropatía en las biospias de duodeno o yeyuno; y mejoría clínica, serológica y/o histológica tras realización de dieta sin gluten. El estudio genético del HLA y la serología complementan el diagnóstico, siendo de gran utilidad para el cribado de la enfermedad.

OBJETIVO: Objetivo principal: Evaluar la rentabilidad de las biopsias duodenales en paciente con clínica de celiaquía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio descriptivo, revisando 131 biopsias de segunda porción duodenal tomadas a pacientes sometidos a gastroscopia por anemia, ferropenia, dispepsia, y síntomas compatibles con celiaquía; de Octubre a Diciembre 2013 en nuestro hospital. Evaluamos la indicación endoscópica, los hallazgos endoscópicos e histológicos.

RESULTADOS: Predomina el sexo femenino (64.14%), observándose una media de edad de 46.93 años. El motivo más frecuente de solicitud endoscópica es la ferropenia con un total de 64.19% de los cuales el 53,71% presentaban anemia asociada. La confirmación histológica de E.C se realizó en un 7,56% de nuestros pacientes. Sólo un 27,51% presentan pliegues aplanados en la endocoscopia. Un 83,3% de los pacientes con confirmación histológica presentaron una endoscopia sin alteraciones macroscópicas.

CONCLUSIONES: El principal motivo por el que se realiza la toma de biopsias duodenales para el diagnóstico de enfermedad celíaca es la ferropenia.



El diagnóstico histológico de celiaquía en pacientes con sospecha clínica es sólo del 7,5%.

Más de un 80% de pacientes con celiaquía no presentaron alteraciones macroscópicas en la endoscopia, por lo que ante sospecha clínica de enfermedad celiaca se recomienda la toma de biopsias duodenales.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-009

CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ: ¿ES POSIBLE SU DIAGNÓSTICO EN NUESTROS HOSPITALES CON LOS MEDIOS TÉCNICOS DE QUE DISPONEMOS?

Vila, Juan J; González De La Higuera, Belén; Ruiz-Clavijo, David; Iriarte, Ainara; Prieto, Carlos; Casi, María Ángeles; Urman, Jesús; Bolado, Federico; Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Fº Javier
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de cáncer gástrico precoz (CGP) en nuestro medio está considerado un hallazgo casual por limitaciones técnicas y formativas.

OBJETIVO: Diagnóstico de CGP utilizando endoscopios habituales en un contexto de atención clínica no seleccionada en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo observacional de serie no seleccionada de gastroscopias consecutivas realizadas por un endoscopista de nuestro hospital con formación específica para detección de CGP. Gastroscopias realizadas entre abril/2012-junio/2014 utilizando gastroscopios convencionales (Olympus 180 o inferior) fueron registradas en una base de datos incluyendo: datos epidemiológicos, tipo lesiones gástricas, histología y tratamiento. Valoramos índice diagnóstico de CGP y lesiones premalignas. Técnica de gastroscopia: lavado exhaustivo, visualización secuencial, observación detenida de mucosa gástrica. Cromoendoscopia según criterio del endoscopista. Excluimos gastroscopias urgentes, terapéuticas, cirugía resectiva previa o restos no lavables. Consideramos lesiones premalignas siguiendo guías ASGE y ESGE.

RESULTADOS: Incluimos 470 gastroscopias. Edad media: 58,55±1,63. Encontramos al menos una lesión gástrica (media: 2,42) en 175 gastroscopias (37%). Cromoendoscopia en 28 (6%). Lesión predominante fue Paris 0-II (125, 65 de ellas IIa), tamaño medio de 13,38 mm, preferentemente en antro (85) y cuerpo (80). Tras estudio histológico y estadificación catalogamos: 8 adenocarcinomas avanzados (1,7%), 10 CGP (2,1%), 9 premalignas (1,9%) (2 adenomas, 2 MALT, 2 hiperplasias >3 cm, 3 carcinoides). El resto inflamatorias. El conjunto de CGP y premalignas alcanzó el 4% de las gastroscopias. Tratamiento realizado: cirugía (5 casos), DSE (5), RME (14) y otros (3).

CONCLUSIONES: Con los medios técnicos disponibles y formación adecuada es posible diagnosticar CGP en el 2,1% de las gastroscopias realizadas en nuestro medio por indicación estándar. Sumando lesiones premalignas el porcentaje sube al 4%. Extrapolando al conjunto de gastroscopias de un hospital da una idea de su importancia pronóstica y terapéutica.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-010

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Llerena Santiago, Susana; García García, María José; Hernández Amunarriz, Daniel; Iruzubieta Coz, Paula; Cabezas González, Joaquín; Cuadrado Lavin, Antonio; Terán Lantarón, Álvaro; De La Peña García, Joaquín
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, la sedación en los procedimientos endoscópicos ha ido en claro aumento con el objetivo de mejorar la satisfacción del paciente y la calidad de la exploración, además de responder a una mayor demanda social. Sin embargo, esta práctica implica cambios organizativos en las unidades de endoscopias y aumenta los costes.

OBJETIVO: Evaluar la tolerancia y satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta diagnóstica sin sedación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo en pacientes ambulatorios sometidos a endoscopia digestiva alta (EDA) diagnóstica sin sedación, incluyendo aquellas con toma de biopsias o citología, realizadas entre abril y mayo de 2014, en un hospital de tercer nivel. Recogida de datos en base a un cuestionario de satisfacción previamente validado (GHAA-9m), entregado tras la realización de la exploración.

RESULTADOS: Se incluyeron 240 pacientes consecutivos con una participación del 88,75% (213 pacientes), una edad media de 55 ± 15 años, un 44,6% de varones y un 29,1% de EDAs realizadas por médicos en formación (48,4% R3 y 51,6% R4). La satisfacción global fue buena (tabla 1). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo entre aquéllas realizadas por endoscopistas senior y residentes. El 99% de los pacientes volverían a someterse a esta exploración en el mismo centro, por el mismo endoscopista y en las mismas condiciones.

CONCLUSIONES:

1. A pesar de que un 47,6% de los pacientes refirió molestias significativas, el 95,5% valoró la exploración como buena/muy buena y el 99% se la repetiría en iguales condiciones.
2. La participación del médico especialista en formación no supone una pérdida de satisfacción en estos resultados.
3. Estos resultados podrían cuestionar la generalización de sedación en nuestro medio y así poder optimizar los recursos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-011

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A ANGIODISPLASIAS

Arribas Anta, Julia; Zaera De La Fuente, Celia; Martin Mateos, Rosa María; González Martín, Juan Ángel; Cuño Roldán, José Luis; Téllez Villajos, Luis; López Durán, Sergio; Cañete Ruiz, Ángel; Boixeda De Miquel, Daniel; Albillos Martínez, Agustín
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las angiodisplasias gastrointestinales se definen como dilataciones vasculares que comunican capilares y venas en las paredes del tracto digestivo. La presentación clínica de estas lesiones varía desde sangrado oculto crónico a hemorragia gastrointestinal grave.

OBJETIVO: Describir las características y la eficacia del tratamiento endoscópico de las angiodisplasias diagnosticadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente las endoscopias con diagnóstico de angiodisplasias gastrointestinales realizadas entre los años 2012 y 2013 en nuestro centro. Se incluyeron endoscopias orales (EDAs) colonoscopias, rectosigmoidoscopia y enteroscopias. Se han evaluado características demográficas, datos analíticos, hallazgos y tratamiento endoscópico y tasa de resangrado.

RESULTADOS: Se analizaron 32042 endoscopias, objetivándose angiodisplasias en 331 (257 pacientes). El 59. 5% eran hombres. La edad media fue de 65,7 años (± 22,23).

La localización más frecuente de las angiodisplasias fue el ciego (36,22%) seguido de ascendente (15,1%) y sigma (11,8%). En las EDAs fue más frecuente encontrarlas en duodeno (15,1%) y cuerpo gástrico (12,6%). Se realizó tratamiento endoscópico en 164 casos (49,8%) predominantemente fulguración con argón (45%) seguido de tratamiento combinado (argón y esclerosis) (3,3%).

La tasa de resangrado macroscópico tras terapia endoscópica fue del 4,7%.

Recibieron tratamiento con somatulina 5 de los 257 pacientes estudiados (1,9%), los cuales requirieron una media de 5, 6 endoscopias terapéuticas.

Los pacientes que resangraron presentaron una concentración de hemoglobina menor, una edad media superior y mayor porcentaje de tratamiento anticoagulante ($p< 0,05$).

CONCLUSIONES: Se realizó terapia endoscópica en el 49,8% de los pacientes con angiodisplasias. La tasa de resangrando macroscópico tras la terapéutica fue de 4,7. Los pacientes que resangraron presentaron diferencias significativas en cuanto a la edad media, la cifra de hemoglobina y el porcentaje de tratamiento previo con anticoagulante.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-012

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE NEOPLASIA GÁSTRICA SOBRE ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA EN ESTÓMAGO REMANENTE. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Herreros De Tejada, Alberto; Hernández, Marta; Calleja, José Luis; González, Carmen; Salas, Isabel; Matallanos, Pilar; Blázquez, Esther; Abreu, Luis
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

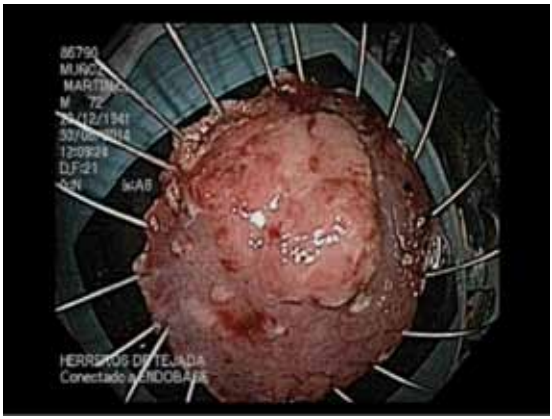
INTRODUCCIÓN: La disección submucosa endoscópica (DSE) se ha utilizado con éxito en el tratamiento de cáncer gástrico precoz en estómago con gastrectomía previa. Sin embargo, esta situación determina una mayor dificultad técnica y un mayor riesgo de perforación, particularmente en localización anastomótica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Caso 1: varón de 71 años con anastomosis Billroth II por úlcera duodenal. Presenta en el borde de la anastomosis una lesión plana 0-Is+IIa de 30mm y biopsias con intensa atipia.

Caso 2: varón de 69 años, con anastomosis Billroth I. Se identifica en gastroscopia previa una lesión plana 0-IIa de 15mm en el borde de la anastomosis, con biopsias que demuestran displasia epitelial de bajo grado.

RESULTADOS: Se realizó DSE bajo anestesia general en sala de endoscopia y se utilizó gastroscopio con canal auxiliar modelo GIF-H180J (Olympus Co) con sobretubo. Se usaron bisturís modelos Flush Knife BT 2.0 (Fujifilm Co) y Hook Knife (Olympus Co) para completar la DSE. Se completaron las resecciones en 125 y 178 minutos, con un tamaño de espécimen de 45x40 (imagen) y 35x30mm respectivamente. No hubo complicaciones durante el procedimiento ni durante la estancia hospitalaria de 48 horas. El estudio histológico demostró adenocarcinoma T1b con invasión submucosa profunda en el caso 1 y neoplasia mucosa de bajo grado con márgenes libres (R0) en el caso 2. Hubo un episodio de hemorragia digestiva tardía (día + 9 post-DSE) en el caso 1, con buena evolución posterior tras tratamiento endoscópico combinado (argón-plasma y pinza de hemostasia).



CONCLUSIONES: La presencia de lesiones neoplásicas sobre anastomosis gastroentérica supone un reto para realizar DSE por su dificultad técnica y por el riesgo de complicaciones. Estos dos casos ejemplifican la posibilidad de realizar DSE con éxito en un centro español.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-013

LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LAS ECTASIAS VASCULARES ANTRALES

Rincón Gatica, Adalberto; Alcívar Vásquez, Juan Manuel; León Montañés, Rafael; Sobrino Rodríguez, Salvador; Caballero Gómez, Juan Antonio; López Ruíz, Teófilo José; Bozada García, Juan Manuel
Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Las ectasias vasculares antrales (GAVE) son un causa infrecuente de sangrado gastrointestinal. El tratamiento endoscópico tradicional se basa en coagulación con argón plasma (APC). Recientemente se han publicado trabajos sobre la ligadura endoscópica con bandas (LEB) como alternativa al tratamiento convencional.

OBJETIVO: Analizar la eficacia y seguridad de la LEB en el tratamiento de la GAVE en una serie de casos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a LEB como tratamiento para las GAVE. Se analizaran características demográficas, clínicas y relacionadas al procedimiento endoscópico. Se evaluaron las cifras de hemoglobina pre y pos-tratamiento, así como las necesidades de transfusión.

RESULTADOS: Se realizó tratamiento con bandas en 11 pacientes, 6 hombres (54,5%) con edad media de 54,6+/-17,5 años. El 72,7% eran cirróticos (CHILD 7,7+/-2,6 y MELD 11,7+/-5,4) de los cuales el 9,1% habían recibido tratamiento endoscópico previo para VE.

EL 72,7%(8/11) requirieron transfusiones previas, con una media de 7,5+/-5,6 concentrados de hematíes (CH). Dos pacientes recibieron previamente tratamiento con APC (dos y siete sesiones, respectivamente).

En cuanto a las cifras de laboratorio presentaban valores de Creatinina 0,99+/-0,29; Urea 47,7+/-20,3 y Hemoglobina 8,7+/-1,3.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos, el 81,8% presentaba GAVE en forma difusa y el 18,2% en bandas, objetivando sangrado activo en el 36,6%. No se observaron complicaciones ni sangrado posterior durante el procedimiento.

Se realizó un seguimiento de 11,09+/-8,8 meses, requiriendo 2,82+/-1,2 sesiones de LEB. Se analizaron las cifras de hemoglobina posteriores al tratamiento (8,7+/-1,3; 9,8+/-1,3; 10,1+/-1,3; 11,7+/-1,7; 10,1+/-2,2; 11,2+/-1,7 a los 0, 1, 3, 6, 12 y 24 meses, respectivamente).

Tres pacientes (27,3%) requirieron transfusiones posteriores al tratamiento (8,5+/-12,4 CH). Tres pacientes se trasplantaron y uno desarrolló HDA por VE.

CONCLUSIONES: La LEB es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de las GAVE, disminuyendo las necesidades de transfusión posteriores al tratamiento.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-014

APRENDIZAJE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA ESOFÁGICA CIRCUNFERENCIAL

Herreros De Tejada, Alberto; Hernández, Marta; Calleja, José Luis; Santos, Martín; Matallanos, Pilar; Blázquez, Esther; Santiago, José; De La Revilla, Juan; Abreu, Luis
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

INTRODUCCIÓN: En casos de neoplasia esofágica superficial extensa, la disección endoscópica submucosa esofágica circunferencial (DSE-CE) es un tratamiento adecuado. La DSE-CE representa un desafío técnico y un riesgo significativo de estenosis (70-90%).

OBJETIVO: Evaluar la curva de aprendizaje de DSE-CE en modelo animal porcino con supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis prospectivo de DSE-CE en un modelo experimental en cerdos Landraces x Large-White bajo anestesia general. Las experiencias se realizaron en la Unidad de Investigación Médico-Quirúrgica del Centro. Se utilizó gastroscopio GIF Q145 (Olympus Co.) y aguja Flush knife BT® (Fujifilm Co) 1.5 mm. Se marcó mediante argón plasma teórica lesión esofágica circunferencial. Tras la DSE-CE se realizó de forma alternante o combinada inyección local de triamcinolona (2 mg por punto) y administración oral de metilprednisolona durante 4 semanas. Todas las piezas de DSE-CE se cortaron longitudinalmente y se fijaron en placa rígida para su evaluación.

RESULTADOS: De Enero a Junio de 2014 se realizaron 9 DSE-CE en 7 animales con peso medio 25,8 Kg (DE 2,4). La distribución por localización CE fue 3 casos (33,4%) en esófago medio y 6 casos (66,6%) en esófago distal. La tasa de resección en bloque fue del 100%, con un tamaño medio del espécimen de 30,2 cm^2 y mediana de tiempo 75,1 minutos (26-128). Hubo 1 casos (11%) de perforación y neumomediastino durante la DSE-CE, con fallecimiento precoz del animal tras finalizar la DSE-CE. El resto de animales sobrevivieron una media de 20 días, presentando diferentes grados de estenosis esofágica que precisó tratamiento dilatador endoscópico.

CONCLUSIONES: La DSE-CE supone un reto técnico y se asocia a un riesgo de estenosis esofágica significativo. El modelo animal con supervivencia puede ser un excelente ámbito de formación. La estenosis esofágica es un aspecto que requiere nuevas vías de investigación en el futuro.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-015

ESTUDIO RETROSPECTIVO Y COMPARATIVO DE LA LIGADURA ENDOSCÓPICA VS APC EN EL TRATAMIENTO DE LAS ECTASIAS VASCULARES ANTRALES. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rincón Gatica, Adalberto; Alcivar Vásquez, Juan Manuel; Leon Montañes, Rafael; Sobrino Rodríguez, Salvador; Caballero Gómez, Juan; López Ruiz, Teófilo; Bozada, Juan Manuel
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Las ectasias vasculares antrales (GAVE) son un causa infrecuente de sangrado gastrointestinal. El tratamiento endoscópico habitual consiste en coagulación con argón plasma (APC). Recientemente se han publicado trabajos sobre la ligadura endoscópica con bandas (LEB) como alternativa al tratamiento convencional.

OBJETIVO: Comparar retrospectivamente la eficacia del APC y LEB en el tratamiento de las GAVE, determinada por las necesidades transfusionales.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y comparativo, de 43 pacientes sometidos a APC (A) o LEB (B), como tratamiento endoscópico de las GAVE.

RESULTADOS: 32 casos en el grupo A, edad media 66,97 años y 56,3% mujeres, frente a 11 del grupo B, media de 54,6 años y 54,5% hombres. 56,3%/72,7% de cirróticos respectivamente. Del grupo A, el 65, 6% requirieron transfusiones y 72,7% del grupo B, con una media de 5,57/8,61 concentrados de hematíes (CH) respectivamente. En ambos grupo predominaban las GAVE difusas (65,6%/81,8%).

En el grupo A se realizaron una media de 3,19 sesiones con un seguimiento de 19,31 meses. El 21,9% presentaba sangrado activo en la endoscopia. La hemoglobina basal y post-tratamiento 1/3/6/12/24/36 meses fueron 9,34±1,66/9,77±2,11/10,10±2,04/10,04±2,34/10,42±2,43/10,21 ±3,09/9,7±2,00 respectivamente.

En el grupo B se realizaron 2,82 sesiones de media, con un seguimiento de 11,09 meses. La hemoglobina basal y post-tratamiento 1/3/6/12/24 meses fueron 8,7±1,3/9,8±1,3/10,1±1,3/11, 7±1,7/10,1±2,2/11,2±1,7 respectivamente.

Del grupo A el 61,3% requirió nuevas transfusiones frente al 27,3% grupo B, con una media de CH de 8,61 y 8,5% en cada grupo.

Comparando los grupos no hubieron diferencias en las características basales, incluida las necesidades transfusionales previas al tratamiento (p 0,665 RR 1,397 [0,307-6350]). Durante el seguimiento, el grupo B requirió menos transfusiones **(p 0,052 RR 0,237 [0,52-1,073])**, no alcanzando completamente la significancia estadística probablemente por el reducido tamaño muestral.

CONCLUSIONES: Basándonos en nuestra experiencia, consideramos que la LEB es efectiva como tratamiento de las GAVE, disminuyendo las necesidades transfusionales.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-016

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPOS EXTRAÑOS INGERIDOS POR ADULTOS

Oussama, Salwa; Tahiri, Mohamed; Benali, Fatimazahra; Haddad, Fouad; Hliwa, Wafaa; Bellabah, Ahmed; Badre, Wafaa
CHU Ibn Rochd, Hospital Universitario Casablanca

INTRODUCCIÓN: Ingestión de cuerpos extraños por adultos es una situación infrecuente, puede causar lesiones graves. Es una urgencia terapéutica sobre todo en las dos edades extremas de la vida, a menudo es accidental. Las complicaciones pueden ser inmediatas o retardadas en la remoción o extracción de cuerpos extraños.

OBJETIVO: Describir la experiencia de nuestro departamento en el manejo de los cuerpos extraños ingeridos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo.

Período de 9 años (2004-2013) en el departamento de Gastroenterología.

Se identificaron 48 casos de ingestión de cuerpos extraños, su especie, los medios utilizados para su extracción y el porcentaje de éxito del tratamiento.

RESULTADOS: 26 mujeres, 22 hombres. Edad media: 38,4 años (16-80).

4 pacientes tenían una historia de enfermad psiquiátrica, 1: retraso mental, 1: encarcelado. Ingestión voluntaria: 6 casos, accidental: 42 casos.

Ingestión de horquillas: 18 pacientes, impacción de un pedazo de carne: 9, huesos: 5, espina de pescado: 6, dentadura: 4, un bezoar: 3, cuchillo: 2 y monedas:1 caso.

El cuerpo extraño se encontró en 15 pacientes a nivel del esófago, estómago en 9 pacientes, en el duodeno:1 y en 23 casos no se encontró.

La extracción se realizó mediante pinzas de biopsia, pinza de polipectomia, canastillo de Dormia.

El éxito de la extracción se obtuvo en 27,1%, en 16,7%el cuerpo extraño alimentario se ha fragmentado y rechazado en el estómago y la extracción era sin éxito en 8,3% ha requerido el uso de la cirugía.

CONCLUSIÓN: En nuestra práctica ingestión de horquillas para pañuelos encabeza las etiologías y expone al riesgo de perforación gastrointestinal. Endoscopia permite la extracción en la mayoría de los casos sin incidentes, los esfuerzos parecen aún necesarios para mejorar los procedimientos de extracción y evitar cirugía.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-017

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES MARROQUÍES CON ENDOSCOPIA SUPERIOR NORMAL

Oussama, Salwa; Tahiri, Mohamed; Benali, Fatimazahra; Haddad, Fouad; Hliwa, Wafaa; Bellabah, Ahmed; Badre, Wafaa
CHU Ibn Rochd Casablanca, Hospital Universitario

INTRODUCCIÓN: La infección con Helicobacter pylori es el principal factor de riesgo para el cáncer gástrico, que se encuentra en el 80%, la acción de las bacterias a través del efecto mutagénico de la inflamación crónica (daño oxidativo sobre el ADN celular) y, especialmente, por gastritis atrófica y metaplasia intestinal causadas por el agente patógeno.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de la infección con Helicobacter pylori en pacientes marroquíes con endoscopia superior normal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo de 400 pacientes con endoscopia digestiva alta normal en el departamento de gastroenterología del centro hospitalario universitario Ibn Rochd en un período de 5 años (2009-2013).

Todos los pacientes recibieron biopsias gástricas (2 antro, 2 fundus, una en el Angulus) con estudio histológico.

RESULTADOS: Todos los pacientes tienen la endoscopia digestiva alta normal.

La edad media es de 54 años, la proporción de sexos M / F: 3/2, se observó predominio masculino.

El estudio histológico de las biopsias gástricas reveló la positividad del Helicobacter pylori en 280 pacientes (70%).

Atrofia gástrica se observó en 42 pacientes (15 patients).

Displasia fue de bajo grado en el 5% de los casos (14 pacientes).

CONCLUSIÓN: Biopsias gástricas sistemáticas antes de cualquier endoscopia superior normal tienen un gran interés en la prevención del cáncer gástrico mediante la detección de la infección por Helicobacter pylori y lesiones precancerosas gástricas histológicas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-018

LIGADURA DE VARICES ESOFÁGICAS: ¿QUÉ INCIDENTES Y COMPLICACIONES EN NUESTRA PRÁCTICA?

Oussama, Salwa; Tahiri, Mohamed; Benali, Fatimazahra; Haddad, Fouad; Hliwa, Wafaa; Bellabah, Ahmed; Badre, Wafaa
CHU Ibn Rochd, Hospital Universitario

INTRODUCCIÓN: Ligadura de varices esofágicas es una de las técnicas de elección en la prevención primaria y secundaria de la ruptura de varices esofágicas.

El objetivo de este trabajo es arrojar luz sobre los incidentes y las complicaciones asociadas con este método.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo en el Departamento de Gastroenterología en centro hospitalario universitario en un período de 10 años (2003-2013). 551 casos de ligadura de varices esofágicas realizadas durante este período fueron estudiados, y se analizaron las incidencias y complicaciones.

RESULTADOS: 216 hombres y 195 mujeres, la edad media es de 49 años. La causa de las várices esofágicas fue dominada por la hipertensión portal en la cirrosis en el 90% de los casos.

La ligadura se llevó a propósito hemostático en 23% de los casos y profiláctico en77%. En promedio, se necesitan dos o tres sesiones para erradicar las várices.

La disfagia y dolor torácico transitorio (<48 horas) fueron los incidentes más frecuentes (5%). Hemorragia digestiva abundante secundaria a la caída de escara se observó en el 3% de los casos. Se observó también la infección de ascitis inmediatamente después del gesto en el 1% de los casos. No ocurrió ningún caso de perforación o estenosis del esófago.

Un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, una antibioterapia profiláxica y una alimentación fría y mixtada fueron prescritos rutinariamente en todos los pacientes.

CONCLUSIÓN: En nuestra práctica, las complicaciones de ligadura de varices suelen ser inofensivos, pero algunos pueden comprometer el pronóstico vital y deben ser evitados.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-019

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A HEMATOMA DUODENAL

Ortiz Correro, Carmen [(1)]; Aguilar Urbano, Víctor Manuel [(2)]; Gonzalo Marín, Juana [(2)]; García Fernández, Gregorio [(2)]; De Sola, Carlos M [(2)].

[(1)] Hospital Quirón Marbella, Marbella; [(2)] Instituto De Enfermedades Digestivas De Marbella. Hospital, Marbella

INTRODUCCIÓN: Los anticoagulantes orales para prevención tromboembólica ha aumentado en la última década. Presenta múltiples complicaciones hemorrágicas y desde el punto de vista digestivo se han comunicado casos de obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, e incluso perforación. El hematoma espontáneo a nivel intestinal ha sido considerado como complicación rara, aunque su incidencia está aumentando.

ENDOSCOPIA: Varón 68 años con hemiplejía derecha por ACV previo, en tratamiento con acenocumarol. Ingresa por coluria, acolia, astenia y vómitos. Presenta ictericia con abdomen timpánico e indoloro. En analítica destaca leucocitosis, ausencia de coagulación y aumento de bilirrubina, transaminasas y amilasa. Ecografía abdominal con dilatación de vía biliar intrahepática derecha y en zona teórica de páncrea lesión sólida de gran tamaño de morfología longitudinal y dilatación de cámara gástrica, sugestiva de obstrucción duodenal. En TAC se describe imagen compatible con hematoma duodenal de 16 cm de diámetro transversal y 5 cm anteroposterior. En gastroscopia se observa desde bulbo hasta segunda porción duodenal, una mucosa de coloración rosada-violácea con áreas blanquecinas y edematosas sugestiva de hematoma. Se observa papila con ligero ectropión y congestiva. En USE se observa edema de pared duodenal y adenopatías adyacentes subcentimétricas alargadas e isoecoicas, reactivas.

COMENTARIOS: El hematoma intestinal espontaneo como complicación de terapia anticoagulante ha sido descrito como causa de obstrucción intestinal, siendo rara la presentación como ictericia obstructiva. El diagnóstico precoz es de suma importancia para evitar una intervención innecesaria que podría complicar más el cuadro, siendo la endoscopia útil para confirmación diagnóstica y podría tener un rol terapéutico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-020

METÁSTASIS MÚLTIPLE COLÓNICA Y GÁSTRICA, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DEL CÁNCER PANCREÁTICO

Blas Jhon, Leonardo; Beltrán Landers, Natalia; Botero Pérez, Juliana; Scaletti Cárdenas, Silvana; Correa Abanto, Lizbeth; Larrea Yanez, José Luis; Porres Cubero, Juan Carlos; Sánchez Fayos, Paloma; Martín Relloso, María Jesús; Calero Barón, Daniel; Cazorla Jiménez, Alicia

Fundación Jiménez Díaz, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las metástasis al tubo digestivo de otros órganos sólidos como el páncreas son extremadamente raras. Para nuestro conocimiento, sólo tres casos de metástasis colónicas y dos de metástasis gástricas de cáncer de páncreas han sido reportados en la literatura. Nosotros reportamos un caso excepcional de presentación de un cáncer de páncreas con metástasis múltiple simultánea colónica y gástrica.

ENDOSCOPIA: En la colonoscopia se observan pliegues engrosados, de aspecto dudoso, con mucosa eritematosa, ligeramente erosionada y de consistencia aumentada a la toma de biopsias en colon izquierdo (20, 40 y 60 cm del MAE) y polo cecal. Por otro lado la gastroscopia también revela la existencia en cuerpo y antro de múltiples pliegues engrosados, eritematosos y erosionados, muy friables a la toma de biopsias, concluyendo como probable neoformación gástrica.

COMENTARIOS: El cáncer de páncreas es muy agresivo con una tasa de supervivencia a los 5 años menor del 5%. Con mayor frecuencia se disemina hacia hígado, pulmones, ganglios linfáticos y peritoneo. La metástasis colónicas y gástricas son extremadamente raras. Nosotros reportamos el caso de un paciente con una masa pancreática con enfermedad diseminada, destacando la presentación de metástasis simultánea en colon y estómago, que para nuestro conocimiento, no se había reportado en la literatura hasta la actualidad. En nuestro caso reporte, la combinación de los hallazgos del TAC abdominal con el estudio inmunohistoquímico de las lesiones colónicas y gástricas jugaron un rol fundamental al momento de establecer el diagnóstico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-021

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE) DE CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ EN CONDICIONES DIFÍCILES: RE-DSE

Marín-Gabriel, José C.; Díaz-Tasende, José; Martos-Vizcaíno, Esperanza; Cancelas-Navía, Pilar; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio; Del Pozo-García, Andrés J.; Alonso-Riaño, Marina; Pérez-Carreras, Mercedes; Colina-Ruizdelgado, Francisco; Castellano-Tortajada, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Una de las indicaciones aceptadas para la realización de una DSE es la recidiva neoplásica sobre la cicatriz de una resección endoscópica previa. Habitualmente, esta terapéutica previa ha sido una resección mucosa endoscópica (RME). La afectación del margen lateral en las piezas de resección postDSE incrementa el riesgo de recidiva local por cáncer gástrico precoz.

ENDOSCOPIA: Se presenta el caso de una paciente con un carcinoma intramucoso gástrico a quien se le realizó una DSE en marzo de 2013. En el estudio histológico de la pieza, resecada en bloque, no pudo descartarse la presencia de afectación en el margen lateral debido a artefacto de diatermia (Rx). Aproximadamente 1 año después se detectó, en las biopsias de la cicatriz, la presencia de D.A.G. En julio de 2014 se realizó una Re-DSE. Se logró resecar la lesión en bloque. El estudio histológico de la pieza confirmó la presencia de carcinoma in situ y la resección resultó curativa (R0).

COMENTARIOS: La afectación de los márgenes laterales (R1) o la imposibilidad para definir si se encuentran o no afectos (Rx), incrementa el riesgo de recidiva en las cicatrices postDSE. La realización de una ReDSE es un procedimiento difícil, debido a la intensa fibrosis cicatricial secundaria a la terapéutica previa, pero permite ofrecer un tratamiento curativo que evite la cirugía.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-022

TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA TRAS LIGADURA CON BANDA Y CIERRE MUCOSO CON DOS TIPOS DE CLIP

Zaffalon, Diana; García-Rodríguez, Ana; Pantaleón, Miguel; Márquez, Laura; Fernández, Agnes; Raga, Agnes; Seoane, Agustín; Riu, Faust; Dedeu, Josép María; Barranco, Luis; Álvarez, Marco Antonio
Hospital del Mar, Barcelona

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) gástricos son infrecuentes. En lesiones pequeñas y superficiales la resección endoscópica es el tratamiento de elección.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA: Mujer de 40 años diagnosticada en otro centro de gastritis crónica atrófica y un pólipo gástrico con biopsias compatible con TNE. La gastroscopia reveló 2 pólipos de 10 mm en cara anterior gástrica y antro. Se realizó inyección submucosa con suero salino sobre ambas lesiones, colocación de banda elástica y resección con asa de polipectomía por debajo de la banda. Se decidió cierre mucoso mediante colocación de un clip tipo Resolution® en la escara antral, que resbaló y quedó unido a uno de los bordes de la herida. Se colocó un segundo clip tipo Instinct® que fue efectivo. Para cerrar el defecto del segundo pólipo se usó el clip Instinct®, sin haber complicaciones. La histología fue compatible con: TNE grado 1 con invasión submucosa, márgenes libres de 1 mm.

CONCLUSIONES: Un tratamiento oncológico radical requiere unos márgenes libres de tumor suficientes. La resección asistida con bandas puede ampliar el margen de resección. La polipectomía gástrica presenta más complicaciones que la de colon (17% vs 0.2-6%). El cierre del defecto mucoso puede evitar la hemorragia post-polipectomía. El estómago tiene una pared más gruesa y dura que el colon y los clips actuales en ocasiones son incapaces de unir los bordes de la escara. El clip Instinct®, con un diámetro superior y bordes dentados puede ser más eficaz en este sentido, no obstante son necesarios estudios aleatorizados para demostrarlo.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-023

HEMOSPRAY EN EL SANGRADO DIGESTIVO POR ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Espinel, Jesús; Fernández, Nereida; Pinedo, Eugenia; Domínguez, Ana Belén; Vaquero, Luis; Pisabarros, Cristina; Herrera, Agustín
Hospital de León, León

INTRODUCCIÓN: En la HDA relacionada con enfermedades hematológicas los métodos terapéuticos endoscópicos convencionales no consiguen una eficacia elevada. El Hemospray es un prometedor agente hemostásico.

ENDOSCOPIA: ***Caso 1***. Paciente de 48 años con PTI crónica que ingresa por melenas. Analítica: Hb: 5,9gr/dl; Plaq: 4.000 mm^3. Gastroscopia: puntos petequiales y subfusiones hemorrágicas en toda la mucosa gástrica, sin sangrado activo. El paciente precisó 17 [Hematíes] en 18 días. Se repitió la gastroscopia: mismos hallazgos y se aplicó Hemospray. Evolución: notable mejoría, Hb estable de 8,9 gr/dl. No nuevas transfusiones 2 meses después.

Caso 2. Paciente de 86 años con LMMC-2. Ingresa por hematemesis. Análisis: Hb: 6,4gr/dl; Plaq: 10.000 mm^3, Leucocitos: 21.000 mm^3. Se transfundieron 3 concentrados de hematíes y plaquetas. Gastroscopia: punteado rojizo difuso en toda la mucosa gástrica, sin sangrado activo. Se aplicó Hemospray. Evolución: Hb estable de 9,7gr/dl; fallece por sepsis.

COMENTARIOS: El Hemospray es un polvo de mezcla mineral desarrollado para la hemostasia endoscópica. No contiene proteínas ni alérgenos conocidos y es metabólicamente inerte, no tóxico. Actúa de forma cohesiva y adhesiva, formando una barrera mecánica sobre el lugar del sangrado. Se apunta que podría favorecer la formación del trombo por la concentración de plaquetas y factores de coagulación. Estas circunstancias facilitarían la hemostasia en pacientes con enfermedades hematológicas en las que la HDA se origina generalmente en múltiples lesiones vasculares y en un contexto de alteración de la función plaquetaria. También permitiría mantener la hemostasia, al menos a corto plazo, reduciendo las necesidades transfusionales.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-024

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR ÚLCERA GÁSTRICA SECUNDARIA A FITOBEZÓAR EN PACIENTE CON CIRUGÍA GÁSTRICA

Márquez Galisteo, Cristina; Rincón, Adalberto; Alcívar, Juan Manuel; López, Teófilo; Rodríguez, Salvador; Caballero, Juan; León, Rafael; Bozada, Juan Manuel; Márquez, José Luis

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Los bezoares son masas intraluminales compuestas por material exógeno ingerido. Dependiendo de su composición se pueden denominar: fitobezoar (fibras vegetales), tricobezoar (pelos) o farmacobezoar (medicamentos).

El factor predisponente principal para la formación del fitobezoar es la existencia de gastroparesia, que generalmente suele ser posquirúrgica. Las manifestaciones clínicas comunes a los bezoares son: dolor epigástrico, plenitud posprandial, náuseas y vómitos. Pueden manifestarse en forma de complicaciones, tales como úlceras gástricas por decúbito prepilóricas, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal incluso perforación gástrica.

ENDOSCOPIA: El tratamiento de los fitobezoares puede ser médico, endoscópico y, en algunos casos, quirúrgico.

Presentamos el caso clínico de un varón de 53 años con gastroparesia secundaria a cirugía gástrica (vagotomía + piloroplastia) que ingresa por melenas por úlcera gástrica de 10x15 mms, en curvatura menor de antro, con sangrado babeante y vaso visible (Ib-IIa) que se trató de forma satisfactoria en esclerosis endoscópica combinada con adrenalina y polidocanol. La causa de la úlcera fue el decúbito de un fitobezóar que se resolvió tras tratamiento con celulasa y fragmentación del mismo por vía endoscópica.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-025

TUBERCULOSIS ESOFÁGICA PRIMARIA COMO CAUSA INUSUAL DE DISFAGIA

Dominguez García, Nuria; Sánchez Santacruz, Yurami Leonor; Calvo Sánchez, Marta; Piedracova Cadahia, Carlos; Sánchez Gómez, Fernando; Rodríguez Muñoz, Sarbelio
Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis esofágica, especialmente la forma primaria, es una enfermedad muy poco frecuente y únicamente constituye el 0.15-3% de los casos de tuberculosis gastrointestinal.

ENDOSCOPIA: Varón de 32 años, natural de Bolivia, sin antecedentes médicos relevantes, con clínica de 4 meses de disfagia mixta y odinofagia. Se realiza esofagogastroscopia que identifica a nivel de esófago medio, una lesión exofítica de 6cm de largo y 2cm de ancho, con bordes sobreelevados y centro granular y ulcerado. Las biopsias iniciales mostraron esofagitis inespecífica, por lo que se repitió toma de biopsias múltiples y profundas, donde se visualizaron granulomas epitelioides abscesificados en submucosa. La prueba cutánea de la tuberculina y el cultivo en esputo para Mycobacterium Tuberculosis resultaron positivos, y se completó estudio con TAC torácico que objetivó engrosamiento de capas de esófago medio y conglomerado adenopático en región supracarínica, sin imagen de tuberculosis a otro nivel. El paciente fue diagnosticado de tuberculosis esofágica primaria que se trató durante 6 meses con 4 fármacos tuberculostáticos, comprobándose posterior respuesta clínica, endoscópica, radiológica y microbiológica.

COMENTARIOS: La tuberculosis esofágica primaria (que cursa sin afectación tuberculosa a otro nivel) es una entidad extremadamente infrecuente, que suele manifestarse como disfagia y ulceración esofágica. Aunque es una causa rara de disfagia, debe formar parte de su diagnóstico diferencial. Una alta sospecha clínica, endoscópica, y la toma de biopsias esofágicas que incluyan submucosa (donde se localizan los granulomas tuberculosos) permiten su correcto diagnóstico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-026

LEISHMANIASIS VISCERAL CON AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL EN PACIENTE VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

San Juan Acosta, Mileidis; Lastra Andrade, Paola; Pérez Carazo, Leticia; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Nogales Rincón, Oscar; Menchen Fernández - Pacheco, Pedro; González Asanza, Cecilia.
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La leishmaniasis se manifiesta en los pacientes VIH como infección oportunista, siendo más frecuente la presentación visceral con localización atípica entre ellas el tracto gastrointestinal. A propósito de un caso.

CASO CLÍNICO: Se trata de hombre de 50 años de edad con VIH en estadio SIDA C3 y VHC en tratamiento con antirretrovirales a quien se le realiza endoscopia digestiva alta indicada para revisión de signos de hipertensión portal. Se observa en bulbo y segunda porción duodenal mucosa empedrada con punteado blanquecino difuso que se biopsia y se toma muestra para Microbiología. Várices esofágicas grado I y gastropatía de la HTP leve. La anatomía patológica demuestra un infiltrado inflamatorio crónico moderado y Leishmania en cuantía moderada en duodeno. Se inició tratamiento con anfotericina B.

COMENTARIOS: La leishmaniasis es una infección crónica causada por un protozoo intracelular del género leishmania y transmitida por mosquitos hematófogos. Existen 3 formas de presentación: cutánea, mucosa y visceral. Frecuente co-infección en pacientes VIH, sobre todo en estadios avanzados con niveles de CD4 menor 200/mm^3 con afectación visceral atípica: gastrointestinal, pulmonar y renal y no tan frecuente en el sistema reticuloendotelial. Los hallazgos endoscópicos descritos son variables desde inflamación inespecífica, atrofia mucosa, aspecto nodular del duodeno, hasta mucosa normal en el 45% de los casos. La biopsia demuestra macrófagos con Leishmania amastigote intracitoplasmática en la lámina propia. La coinfección con VIH suele tener mala respuesta al tratamiento y alta tasa de recaída.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-027

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSMURAL DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO DUODENAL MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO POR VÍA ENDOSCÓPICA-LAPAROSCÓPICA

Piedracoba, Carlos; Díaz-Tasende, José; Rubio, Eduardo; Martos, Esperanza; Marín, José Carlos; Pérez Carreras, Mercedes; Ibarrola, Carolina; Rodríguez, Sarbelio; Castellano, Gregorio

Hospital 12 De Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un paciente con un gastrinoma duodenal esporádico tratado mediante abordaje combinado endoscópico – laparoscópico.

ENDOSCOPIA: Varón de 58 años diagnosticado de gastrinoma de 6mm de diámetro de la segunda rodilla duodenal. La lesión dependía de la capa submucosa pero contactaba con la capa muscular propia contraindicando la mucosectomía endoscópica. Se propone la resección transmural local: 1.- identificación y liberación laparoscópica del duodeno. 2.- Localización endoscópica de la lesión. 3.- Invaginación de la pared duodenal en un asa de diatermia hexagonal de 30 mm. 4.- Resección transmural. 5.-Sutura laparoscópica del defecto de la pared. El estudio histopatológico evidenció infiltración superficial de la capa muscular propia en un segmento de 2 mm de longitud y un índice Ki-67 <2% (pT2 – G1) El paciente desestimó la realización de otros tratamientos complementarios. En un seguimiento de 12 meses no se han detectado signos de recidiva local o a distancia.

COMENTARIOS: Los tumores neuroendocrinos duodenales, mayores de 1-2cm o con invasión de la capa muscular propia o metástasis linfáticas, se consideran una indicación de cirugía radical. Sin embargo, la combinación de técnicas endoscópicas y laparoscópicas permiten la resección transmural local y constituyen una alternativa a la cirugía en casos seleccionados.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

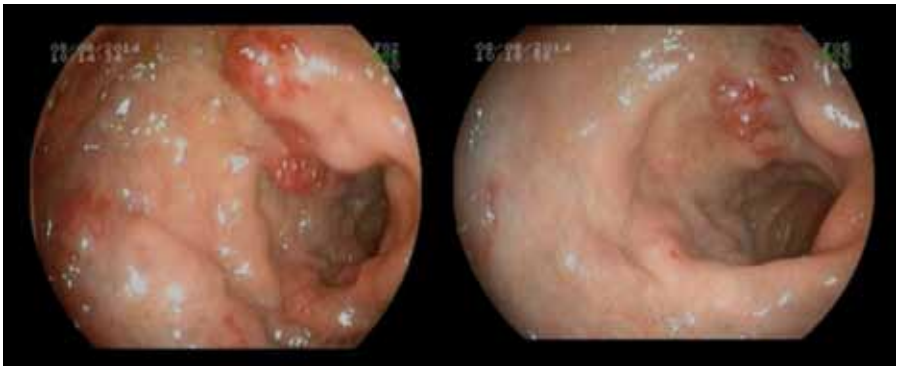
P-028

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN POR NEOPLASIA PANCREÁTICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

Torregrosa Lloret, María; Serrano Ladrón De Guevara, Soledad; Sevilla Cáceres, Laura; Sastre Lozano, Violeta María; Martín Ibáñez, José Juan; Romero Cara, Patricia; García Tercero, Iván; Martínez Otón, José Antonio; Morán Sánchez, Senador
Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN: Mujer de 52 años con antecedente de Enfermedad de Crohn colónica y perianal en remisión clínica en tratamiento biológico con Infliximab. Ecografía en Mayo 2014 sin alteraciones pancreáticas evidentes. Ingresa por melenas de tres días de evolución con anemización, dolor abdominal y síndrome constitucional.

ENDOSCOPIA: Gastroscopia: Restos hemáticos gástricos sin lesiones potenciales de sangrado. En bulbo duodenal mucosa abollonada con vasos aberrantes que impresionan de variz sobre variz, sin estigmas de sangrado reciente.



EVOLUCIÓN: Se realiza ecografía que descarta hepatopatía crónica y TAC abdominal que visualiza masa en cuello-cuerpo de páncreas con signos de infiltración del tronco celiaco, arteria hepática, esplénica y mesentérica superior con afectación de la confluencia portomesenterica y metástasis hepáticas. Se presenta el caso en Comité Hepatobiliar decidiéndose tratamiento quimioterápico ambulatorio.

COMENTARIOS: El sangrado por varices duodenales suele producirse en pacientes que presentan hipertensión portal (HTP) intrahepática. Nuestro caso corresponde a una presentación atípica de hemorragia digestiva por varices duodenales en el contexto de infiltración neoplásica pancreática del eje esplenoportal sin hepatopatía crónica. El desarrollo de neoplasias en la Enfermedad de Crohn en tratamiento inmunosupresor ha sido descrito, con un aumento de incidencia de canceres de origen hematológico y cutáneos, no habiéndose documentado asociación con tumores de origen pancreático, sin embargo la rápida progresión del mismo podría estar en relación con el uso de Infliximab.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-029

DIVERTÍCULO ESOFÁGICO DISTAL

Torregrosa Lloret, María; Martín Ibáñez, José Juan; Sevilla Cáceres, Laura; Sastre Lozano, Violeta María; García Tercero, Iván; Candel Erenas, José Miguel; Montoro Martínez, Pedro; Morán Sánchez, Senador
Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN: Varón de 72 años con los únicos antecedentes de fractura-aplastamiento de L4 tras accidente y antecedente Urológico de hiporreflexia vesical.

Acude a consultas de Digestivo por cuadro de atragantamientos intermitentes y episodios de regurgitación de meses de evolución.

GASTROSCOPIA, destaca: Se aprecia esófago con calibre dilatado, con restos alimenticios que ascienden desde transición y con una mucosa de ectasis, macerada. A 38 cm de la arcada dentaria, se aprecia doble luz en relación a la presencia de gran divertículo esofágico con abundante contenido junto a la transición esofágica.

COMENTARIOS: Los divertículos son evaginaciones de la pared de aspecto sacular, son frecuentes en el colon, mientras que en el tracto digestivo superior abundan menos. En el esófago, y en cuanto a su mecanismo de producción, pueden aparecer por tracción de adherencias o por cicatrices periesofágicas, o bien deberse al aumento de presión intraluminal generalmente secundaria a un trastorno motor como la acalasia o el espasmo difuso. Las manifestaciones clínicas son variables dependiendo del tamaño y de su localización. La mayoría de las veces son asintomáticas pero pueden causar, como en nuestro caso, clínica de disfagia y regurgitaciones.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-030

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTOENTÉRICA: CONFIRMACIÓN POR ENTEROSCOPIA Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Moreno Rincón, Estefanía; Muñoz García-Borruel, María; Benítez Cantero, José Manuel; González Galilea, Ángel; Pérez Medrano, Indhira Miosotis; Gálvez Calderón, Carmen; Iglesias Flores, Eva; Alados Arboledas, Pedro; García Rivillo, José; Sánchez Rodríguez, Joaquín

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN: Varón de 59 años, con diabetes mellitus y arteriopatía periférica, portador de *bypass* aortobifemoral y femoropoplíteo en ambos miembros inferiores por isquemia crónica. Presenta hemorragia digestiva grave en forma de rectorragia con shock hipovolémico y cifras de hemoglobina de 5.4 g/dL. Se realizó, inicialmente, estudio con endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin que se objetivaran lesiones potencialmente sangrantes salvo restos hemáticos en colon derecho.

ENDOSCOPIA: Ante la sospecha de fístula aortoentérica (FAE) dado el antecedente de intervención vascular intraabdominal, se realizó enteroscopia de pulsión explorando cuarta porción duodenal, a cuyo nivel se objetivó un cuerpo extraño con aspecto de hilo o alambre correspondiente a tejido protésico vascular (imagen 1), que afloraba a la luz duodenal sobre una mucosa discretamente hiperémica y edematosa (imagen 2). Tras la confirmación endoscópica de la existencia de FAE se realizó tratamiento endovascular mediante la colocación de una endoprótesis aórtica (imagen 3), con control posterior mediante TC-Angiografía (imagen 4). La evolución posterior del paciente fue favorable, con cese del sangrado y estabilización hemodinámica y analítica.

COMENTARIOS: La FAE es una causa de hemorragia digestiva rara y potencialmente letal, que precisa de un abordaje diagnóstico-terapéutico precoz. El retraso en el diagnóstico provoca alta morbimortalidad. La enteroscopia, junto con el tratamiento endovascular, tiene un papel determinante en el manejo de esta entidad permitiendo explorar tramos digestivos no alcanzables con los procedimientos habituales, así como una identificación precoz y el consiguiente cambio en el pronóstico de estos pacientes.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-031

ESTÓMAGO EN ARAÑAZO DE GATO

Díaz-Sánchez, Antonio; Núñez, Oscar; Pajares, Ramón; Alonso, María; Contreras, José; Casanova, Antonio; Alberdi-Alonso, José María
Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid

INTRODUCCIÓN: Si bien el "colon en arañazo de gato" es una entidad cada vez más diagnosticada y reconocida, la presencia de estas lesiones en el estómago no han sido previamente descritas. Presentamos el caso de una paciente de 37 años a la que se le realiza una gastroscopia para estudio de posible enfermedad celiaca.

ENDOSCOPIA: Se progresa hasta duodeno siendo la mucosa en entrada de aspecto normal. En retirada y sin realizar maniobras agresivas, se observan múltiples lesiones lineales algunas paralelas y otras entrecruzadas con leve sangrado autolimitado que afectan tanto a antro como a cuerpo y que se asemejan a las lesiones en "arañazo de gato" descritas en el colon, sin observar datos de complicación. Las biopsias mostraron gastritis crónica activa sin presencia de H. pylori.

COMENTARIO: Se ha postulado que las lesiones "en arañazo de gato" se producirían como consecuencia del barotrauma inducido por la insuflación de aire durante la exploración endoscópica. Si bien las lesiones en el colon son ampliamente reconocidas, la presencia de estas lesiones en el estómago son excepcionales.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-032

"DOWN-HILL VARICES": UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Ontanilla Clavijo, Guillermo; Rojas Mercedes, Norberto; Trigo Salado, Claudio; Caballero Gómez, Juan Antonio; Rincón Gatica, Adalberto; Márquez Galán, José Luis
Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Varón, 28 años, con insuficiencia renal crónica secundaria displasia renal quística bilateral en programa de hemodiálisis. Secundaria a la canalización de accesos vasculares padecía trombosis de ambos troncos venosos braquiocefálicos y Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) secundario. Acude a Urgencias por hematemesis de 48 horas de evolución con repercusión analítica (Hb 5'9 gr/dL) y hemodinámica. Presentamos un caso de hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a "Down-Hill Varices" (DHV).

ENDOSCOPIA: Se realizó endoscopia oral objetivando 3 cordones varicosos, desde boca de Killiam hasta los 35 cms, quedando esófago distal respetado, y a 27 cms sangrado en jet por uno de ellos. Se trató con 5 cc de etanolamina al 5%, con buenos resultados. En angio-TAC de tórax se objetivaron varices esofágicas de tercio superior que dependían de las venas tiroideas inferiores, permitiendo el drenaje venoso por la oclusión venosa crónica ya conocida. Se descartó terapia endoscópica como profilaxis secundaria, al no conocer las posibles consecuencias sobre el resto de colaterales. No se pudo recanalizar vía endovascular, quedando por último la opción quirúrgica, en fase de estudio aún.

COMENTARIOS: La obstrucción de la vena cava superior o sus principales afluentes, puede producir varices en tercio superior del esófago (DHV)con una longitud que dependerá de si el de obstrucción está por encima o debajo de la vena ácigos. De etiología múltiple (neoplasias intratorácicas; catéteres hemodiálisis) en el SVCS el tratamiento debe estar dirigido al control de la HDA, siendo más seguro el uso de bandas frente a escleroterapia. Posteriormente se debe resolver la causa primaria del SVCS, no habiendo datos respecto a profilaxis secundaria de HDA.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-033

EXTRACCIÓN DE BANDA GÁSTRICA PENETRADA A ESTÓMAGO MEDIANTE TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Calderón García, Ángel José; Díaz Roca, Ana Belén; Bravo, María Teresa; Orive, Víctor; Merino, Ainara; Castro, Aldo
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: Las bandas gástricas son un método ampliamente extendido en el tratamiento de la obesidad. Su implantación y retirada requieren de un procedimiento quirúrgico. Una complicación tardía de esta técnica es la erosión de la pared gástrica y paso mas o menos amplio de la banda a cavidad gástrica. En este momento se requiere una extracción quirúrgica o como en el caso que describimos una retirada mediante gastroscopia.

Exponemos el caso de una mujer de 58 años que 6 años antes se le había colocado una banda gástrica para controlar su obesidad. Por epigastralgia se realiza una gastroscopia descubriendo que la banda había penetrado en estómago.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Se introduce el endoscopio y utilizando un esfinterotomo se lanza una guía de 0,890 mm por dentro de la banda. Se recogen los dos cabos de la guía se extraen por la boca quedando la banda laceada por la guía. Posteriormente se introducen los dos cabos dentro de un macarrón metálico de litotricia. Se conecta el macarrón a un mango litotritor enrollando las guías en su mecanismo. Se gira el mecanismo litotrictor el cual tira de la guía forzando su entrada en el macarrón metálico cortando la banda gástrica. Más tarde se extrae la banda cortada traccionando de uno de sus extremos.

CONCLUSIONES: La extracción endoscópica de una banda gástrica erosionada a cavidad gástrica es factible y técnicamente no presenta especiales requerimientos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-034

ENDOSCOPIA: PRUEBA DIAGNÓSTICA DEFINITIVA TRAS AÑOS DE BÚSQUEDA

Magaz, Marta; Oliva, Borja; Herreros De Tejada, Alberto; Garrido, Aurelio; Serrano, Carmen; Martínez Porras, José Luis; Vera, Maribel; Calleja, José Luis; Abreu, Luis
Hospital Puerta De Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN: Varón 65 años con antecedente de hemorragia digestiva alta en 2005 secundaria a úlcera duodenal, que recibió tratamiento erradicador de Helicobacter pylori con éxito. Estudiado por diarrea crónica desde hace años sin diagnóstico evidente y sometido a funduplicatura laparoscópica por ERGE refractario a tratamiento médico. Acude a urgencias cuatro días después de la cirugía por diarrea y vómitos persistentes.

ENDOSCOPIA: Se realiza panendoscopia oral donde se visualizan en bulbo y segunda porción duodenal múltiples ulceraciones recubiertas de fibrina con coágulo adherido en algunas de ellas (imagen en sal y pimienta- Figura X). Se realiza ecoendoscopia, donde se objetiva una lesión sesil de unos 10 mm de aspecto velloso situada en cara anterior del bulbo duodenal – Figura XX y figura XXX). Se toman biopsias.

COMENTARIOS: La histología demostró un tumor neuroendocrino productor de gastrina. Se llevó a cabo una duodenectomía, resolviéndose el síndrome carcinoide. Tras siete meses de seguimiento el paciente permanece asintomático.

El síndrome Zollinger Ellison (ZE) está caracterizado por ulceración péptica e hipersecreción de ácido gástrico. La lesión causal es el gastrinoma, tumor productor de gastrina. Casi 90% de los pacientes desarrollan úlceras pépticas, la mayoría en bulbo duodenal. La diarrea y la ERGE son parte del espectro clásico de síntomas, y en presencia de ambos se debe incluir el Sd. ZE en el diagnóstico diferencial.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-035

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA

Pérez Enciso, Irene; Alba López, Cristina; García Mancebo, Carlos; Zarataín Vallés, Ana; Megía Sánchez, María; Ayllón Cano, Sonia; Martínez Sánchez, Alba; González Rodríguez, Félix; Esteban López-Jamar, José Miguel; Rey Díaz-Rubio, Enrique.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: La fistula bilioentérica se produce cuando un cálculo atraviesa la pared de la vesícula biliar y se introduce en una víscera hueca. Las fistulas biliodigestivas más comunes son las colecistoduodenales (65-77%), seguidas por las colecistocólicas (10-25%) y las colecistogástricas (5%).

CASO CLÍNICO: Mujer de 48 años con antecedentes de cólicos biliares de repetición que acude por cuadro de fiebre de hasta 38ºC asociado a dolor en epigastrio de meses de evolución. La analítica no presentaba leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda, pruebas de función hepática y amilasa normales. La radiografía de abdomen no presentaba hallazgos significativos y en la ecografía abdominal sólo destacaba vesícula con litiasis múltiple.

En la gastroscopia se visualiza orificio de 2 mm, de aspecto fistuloso, en curvatura mayor prepilórica. La tomografía abdominal constató fístula de 2-3 mm en pared anterolateral y superior de antro gástrico prepilórico, comunicación con vesícula biliar y aerobilia. Con el diagnóstico de fístula colecistogástrica se realiza colecistectomía y cierre de la pared gástrica. El paciente evolucionó bien durante el postoperatorio.

COMENTARIOS: La fistula biliodigestiva se produce cuando un cálculo erosiona las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo. Esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía biliar, ocasiona la perforación, fistulización y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal. Es más frecuente en ancianos, principalmente mujeres, con historia previa de patología biliar y otras enfermedades concomitantes crónicas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-036

INESPERADA COMPLICACIÓN TRAS RADIOEMBOLIZACIÓN CON ITRIO Y90

Pérez Valderas, María Dolores; Díaz, Raquel; Matilla, Ana María; Romero, Mario; Pajares, José Antonio; Rincón, Diego; Echenagusía, Mikel; Colon, Arturo; Nogales, Oscar; González Asanza, Cecilia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La radioembolización (RE) con Itrio-90 consiste en la inyección intraarterial hepática de partículas radioactivas para el tratamiento de tumores hepáticos, basándose en la vascularización predominantemente arterial de los mismos. Dichas partículas liberan de forma selectiva radiación beta, que penetra escasos milímetros, minimizando la toxicidad en el resto del hígado. Mediante arteriografía hepática previa, se ocluyen comunicaciones de las arterias hepáticas con otros territorios extrahepáticos y así, evitar el daño por radiación de otros órganos.

ENDOSCOPIA: Varón de 62 años con cirrosis hepática compensada por VHC y carcinoma hepatocelular recidivado tras resección previa, en estadio C de la BCLC sin respuesta al tratamiento con sorafenib, por lo que se decide tratamiento con RE. En la arteriografía de preparación se embolizaron las arterias gastroduodenal y hepática izquierda, sin complicaciones. Tres semanas después se realiza la RE y tras ello, el paciente comienza con epigastralgia, disfagia y odinofagia progresivas, sin respuesta a IBP. Se realiza gastroscopia objetivándose severa alteración mucosa con afectación circunferencial y continua, desde la mitad de tercio medio esofágico hasta cardias, con ulceraciones extensas cubiertas de fibrina y hematomas submucosos compatible con esofagitis.

COMENTARIOS: La RE de tumores hepáticos exige un adecuado aislamiento del territorio arterial hepático con otros territorios para evitar la migración no deseada de partículas radioactivas. El territorio esofágico no suele presentar comunicaciones con el árbol vascular hepático. En nuestro caso el desarrollo de colaterales de novo tras la cirugía hepática ha podido facilitar la esofagitis.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-037

TRIPLE TERAPIA ENDOSCÓPICA PARA ESÓFAGO DE BARRETT CON ALTO GRADO DE DISPLASIA EN PACIENTE CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO Y ESTENOSIS PÉPTICA

Rodríguez-Téllez, Manuel; Jiménez, Alejandra; Flores, Alexander; Romero-Castro, Rafael; Pellicer, Francisco; Caunedo, Ángel

Unidad de Endoscopia. Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La terapia endoscópica combinada mucosectomía-ablación por radiofrecuencia es el tratamiento actualmente recomendado para el esófago de Barrett con displasia-de-alto-grado con lesiones visibles. La estenosis péptica puede ser la consecuencia del mismo y además una limitación técnica si preexiste.

ENDOSCOPIA: Varón de 64 años con diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedad-coronaria-no-revascularizable, con estenosis péptica (figura 1) que precisaba dilataciones periódicas. Estaba en seguimiento por esófago de Barrett C3M5 con displasia-de-bajo-grado desde 2004 hasta 2011, cuando las biopsias se informan de displasia-de-alto-grado. Por el alto riesgo quirúrgico se trata mediante ablación por radiofrecuencia 360º (figura 2). En la revisión se identifican dos sobreelevaciones limitadas a la mucosa (figura 3 y 4) no visualizadas previamente que se tratan mediante mucosectomía (figura 5). Los 20 mm proximales a la estenosis quedaron sin tratar (figura 6), por lo que se aplicó ablación con radiofrecuencia 90º (figura 7). Los diferentes tratamientos aplicados no tuvieron impacto sobre la estenosis, pero la mucosa inmediatamente proximal (7-8 mm) no fue accesible a la combinación mucosectomía-ablación 360º+90º (figura 8), por lo que aplicamos argón-beam (figura 9) en este tejido residual, aunque no se objetivaba displasia de bajo ni de alto-grado en las biopsias del mismo ni en las aleatorizadas de la mucosa tratada desde hacía 2 años.

COMENTARIOS: Aunque se requieren estudios a largo plazo, el completar el tratamiento con argón-plasma el epitelio residual no tratable a la combinación mucosectomía-ablación por radiofrecuencia en los pacientes con estenosis péptica y esófago de Barrett con displasia-de-alto-grado puede ser eficaz y seguro.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-038

HDA EN PACIENTE CON UNA LESIÓN CARACTERÍSTICA

Castillo Herrera, Luis Alonso; Alonso Prada, Alicia; Arias Rivera, María Luisa; Pérez Ferrer, Miguel; Castro Urda, José Luis; Rabago Torre, Luis; Martínez Albares, José Luis
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid

INTRODUCCIÓN: Paciente varón de 71 años que acude a urgencias por presentar dolor epigástrico continuo, de tipo opresivo, sin irradiación, asociado a deposiciones melénicas, sin inestabilidad hemodinámica y con leve anemización.

ENDOSCOPIA: Se observa una hernia de hiato por deslizamiento y a nivel del saco herniario, una úlcera de 8 mm con bordes regulares y eritematosos, con fondo de fibrina, de la que se toman biopsias y alguna erosión lineal en la cresta de los pliegues de la mucosa gástrica. Diagnóstico Endoscópico: Hernia de Hiato por deslizamiento. Ulcera de Cameron Forrest III. Biopsias negativas para malignidad.

COMENTARIOS: Los pacientes con hernia hiatal por deslizamiento, en particular las más grandes, pueden desarrollar erosiones o úlceras, denominadas de Cameron (descritas por Cameron y Higgins, 1986) o de cabalgadura, debido a que la porción de estómago en la que se encuentran muestra un movimiento hacia adentro y afuera del tórax con los movimientos. Estas lesiones se encuentran a menudo sobre la curvatura menor del estómago a nivel del hiato diafragmático. La etiología no es clara pero probablemente el traumatismo mecánico y la isquemia cumplan un papel primario en su patogenia. Estas úlceras pueden ocasionar anemia, o rara vez, llegar a exteriorizar hemorragia, aunque son muchas veces un hallazgo casual durante la evaluación endoscópica por otros motivos. El tratamiento consiste en terapia antisecretora. Los pacientes jóvenes, con hernias asintomáticas responden muy bien a la cirugía que se recomienda para evitar complicaciones posteriores.

Presentamos el caso por ser una lesión característica y poco común.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-039

ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA ANTRAL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON GAS ARGÓN

Castillo Herrera, Luis Alonso; Alonso Prada, Alicia; Arias Rivera, María Luisa; Pérez Ferrer, Miguel; Castro Urda, José Luis; Rabago Torre, Luis; Castro Carbajo, María Del Pilar; Martínez Albares, José Luis
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid

INTRODUCCIÓN: Mujer de 71 años con Cirrosis Hepática en relación a EHNA que acude a urgencias por presentar deposiciones melénicas y anemización importante hasta Hb de 8.6, sin inestabilidad hemodinámica.

ENDOSCOPIA: A nivel de antro se observa lesiones ectásicas vasculares de forma difusa sin datos de sangrado activo procediéndose a realizar fulguración con gas argón de las lesiones mas prominentes sin complicaciones inmediatas. Fundus y cuerpo sin lesiones.

COMENTARIOS: La Ectasia Vascular Gástrica Antral o GAVE, (Gastric Antral Vascular Ectasia), descrito por primera vez por Rider en 1953, cursa generalmente con anemia por pérdidas crónicas. La hematemesis y melena, como forma de presentación, son raras. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada. Se han descrito dos formas de presentación desde el punto de vista endoscópico; la primera, la clásica imagen antral de tractos hiperémicos prominentes, que convergen en el píloro mostrando un aspecto característico llamado "estómago en sandía" (Watermelon Stomach), de causa indeterminada o asociada a enfermedad autoinmune; la segunda, es la variedad difusa, en la que las lesiones vasculares se distribuyen proximalmente en el antro, que se asocian con cirrosis. El paciente clásico no cirrótico, es una mujer de mediana edad, con una enfermedad autoinmune, que tiene más probabilidad de tener el «estómago en sandía», mientras que en los cirróticos, la enfermedad es más frecuentemente difusa y suele tener pérdida crónica de sangre significativa. El tratamiento habitual consiste en sesiones de fulguración con gas argón, si bien existen otras alternativas endoscópicas como las bandas elásticas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-040

LIQUEN PLANO ESOFÁGICO: UNA AFECCIÓN EXTRAORDINARIA

Borobio Aguilar, Erika [1]; Llanos Chavarri, Mª Concepción [2]; Ros Martín, Concepción [1]; Irisarri Garde, Rebeca [1]; Armendáriz Lezáun, Raúl [1]; Rojas Zuasti, Raquel [1]; Alonso Ganuza, Cristina [1]; Vidarte García, Mª Rosario [1]; Guillén Sola, Soraya [1]; Arostegui Iturralde, Esther [1]; Rey Arizkuren, Maite [1]

[1] Hospital García Orcoyen, Estella (Navarra); [2] Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: El liquen plano (LP), enfermedad inflamatoria crónica idiopática, afecta piel, mucosa oral (LPO), genitales, uñas y, extraordinariamente, esófago (LPE). El 98% de casos con LPE presentan LPO. El retraso en el diagnóstico conlleva un tratamiento tardío y aparición de complicaciones como el carcinoma escamoso esofágico.

ENDOSCOPIA: Mujer de 57 años con epigastralgia y melenas tras ingerir AINEs, sin disfagia ni odinofagia. La gastroscopia objetiva: 1) estenosis fibrosa franqueable, benigna, en esófago superior, 2) mucosa esofágica hiperqueratósica e hipertrófica en esófago medio y distal, con luz estrecha sin estenosis, 3) placa blanquecina solitaria, verrucosa, excrecente, en esófago medio, 5) mucosa supracardial macroscópicamente normal, 6) úlcera en bulbo duodenal asociada a H.pylori. Las biopsias de esófago medio descartaron micosis y confirmaron un epitelio escamoso con hiperqueratosis, hipergranulosis, espongiosis e infiltrado linfocitario en epitelio basal con cuerpos de Civatte, compatible con LPE. En la lesión verrucosa se detectó displasia leve. Las biopsias supracardiales descartaron esófago de Barrett. Reinterrogada la paciente, 12 años antes había sido diagnosticada de LPO en otro centro. Actualmente no recibe tratamiento farmacológico y únicamente realiza seguimiento endoscópico para control de displasia.

COMENTARIOS: El LPE afecta mayoritariamente a mujeres de edad media con LPO. En pacientes con LPO y síntomas esofágicos, una gastroscopia es recomendable. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede conllevar el desarrollo de estenosis severas, displasia y/o carcinoma escamoso esofágico. Los esteroides sistémicos y tópicos deglutidos son la elección de tratamiento. La dilatación endoscópica se reserva para las estenosis esofágicas que imposibilitan la ingesta.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-041

DESCONEXIÓN LUMINAL ESOFÁGICA SECUNDARIA A DENUDACIÓN MUCOSA IATROGÉNICA TRAS RETIRADA DE PRÓTESIS METÁLICA RESUELTA MEDIANTE RENDEZVOUS INTRAOPERATORIO TRANSGÁSTRICO

González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Loza Vargas, Andrea; Amo Alonso, Rebeca; Gil Simón, Paula; Núñez, Henar; Díez Redondo, Pilar; De La Serna-Higuera, Carlos; Pérez Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Estenosis refractaria de anastomosis colo-esofágica cervical tras perforación esofágica durante funduplicatura laparoscópica. Nutrición parenteral prolongada. Ante la disyuntiva de yeyunostomía permanente para alimentación, se opta por prótesis, pese a localizarse la estenosis a 15-mm de Killian.

DESCRIPCIÓN: Tres estrategias terapéuticas durante 12 meses hasta lograr éxito. Primera: Remodelar la estenosis mediante prótesis esofágicas metálicas cubiertas (PMC) totales temporales. Tres migraciones distales precoces (<1 mes), pese a fijación con sutura Endostitch®. Segunda: PMC definitiva. Se implanta PMC parcial ajustada a Killian. Aunque no migra, disfagia por ingrowth proximal. PMC total coaxial permitiendo ingesta temporalmente. Finalmente, disfagia por overgrowth proximal. Se retiran ambas prótesis en bloque causando abrasión mucosa. Dos meses después, la gastroscopia demuestra la luz esofágica sellada, sin paso de guía. Tercera: Doble PMC temporal seguida de dilataciones periódicas tras recanalización mediante rendezvous intraoperatorio. Se avanza un gastroscopio por gastrotomía quirúrgica hasta la anastomosis colo-esofágica, sobrepasando retrógradamente la estenosis con guía. Inserción transgástrica de PMC parcial, monitorizando por gastroscopia peroral su ajuste a Killian. Previa inserción de PMC total coaxial a la implantada en quirófano, se retiran ambas en bloque. Para prevenir el sellado de la luz secundario a denudación mucosa, se dilata profilácticamente la estenosis con balón a los 10 días de la retirada. Se mantiene el calibrado alcanzado mediante PMC con dilataciones periódicas, inicialmente semanales.

CONCLUSIONES: La denudación mucosa secundaria a retirada de prótesis esofágicas puede provocar desconexión luminal. El rendezvous intraoperatorio puede resolver el fracaso de la canalización y las dilataciones profilácticas con balón prevenir la recidiva.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-042

DEBUT DE UN CASO DE PANARTERITIS NODOSA

Márquez Castro, Celina; Aparcero López, Reyes; Ortíz Moyano, Carlos; Romero Gómez, Manuel

Hospital Universitaio Nuestra señora de Valme, Aparato digestivo

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis son un grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier vaso del cuerpo, de ello depende su clasificación, manifestación clínica y pronóstico. La afectación a nivel gastrointestinal es poco frecuente y en algunos casos mortal. Presentamos un caso de Panarteritis nodosa(PAN) en una mujer de 45 años sin comorbilidades de interés que debuta con dolor abdominal de 8 meses de evolución y hemorragia digestiva alta.

ENDOSCOPIA: Esófago: en su tercio medio, úlcera geográfica superficial con fondo fibroso.

Estómago: poco distensible, pérdida de pliegues mucosos. Se observa una mucosa atrófica con múltiples erosiones y restos de fibrina, distribuidos en todo el cuerpo y antro gástrico; junto con pseudopólipos inflamatorios.

Duodeno: bulbo y segunda porción friables al roce. No otras lesiones.

Se obtienen biopsias de las lesiones descritas. El estudio histológico demuestra: cariorrexis prominente, trombosis vasculares y necrosis fibrinoide de tipo vasculítico, lo que incentiva el estudio hacia este grupo de patologías, catalogándola al final de una PAN p-ANCA negativo. Actualmente en tratamiento con inmunosupresores.

COMENTARIOS: Como se describe en la literatura, las manifestaciones a nivel del tracto digestivo son variadas y muy inespecíficas, por lo que se agrupan dentro de los diagnósticos por descarte al unificar los datos clínicos, de laboratorios, radiológicos y en unos casos endoscópicos. La biopsia selectiva, es una herramienta diagnóstica y en algunos casos, como el que presentamos, de orientación hacia más investigaciones. Independiente del tipo, el tratamiento se basa en corticoides y/o inmunosupresores. El abordaje quirúrgico queda limitado a sus complicaciones.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-043

ESOFAGITIS HERPÉTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

López Gómez, Marta; Bernardo García, Cristina; González Partida, Irene; Llop Herrera, Elba; Serrano López, Carmen; Abreu García, Luis
Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda

INTRODUCCIÓN: Varón de 15 años de edad con antecedentes de asma bronquial y clínica de reflujo gastroesofágico de larga evolución. Acudió a urgencias por presentar fiebre, disfagia y epigastralgia de 2 días de evolución. A la exploración física presentó faringe hiperémica con aftas bucales. Analítica y radiografía de tórax sin alteraciones.

ENDOSCOPIA: En esófago se apreció desde tercio superior a tercio distal una mucosa esofágica edematosa, denudada y friable al paso del endoscopio sin ulceraciones, sugestivo de esofagitis infecciosa moderada. Se tomaron biopsias para cultivo microbiológico y estudio anatomopatológico. Resto de la exploración sin hallazgos.

El cultivo fue positivo para Herpes Simple tipo 1 y a nivel anatomopatológico se observó intenso infiltrado polimorfonuclear a nivel de la lámina propia sugestivo de esofagitis crónica.

El estudio inmunológico fue negativo (inmunoglubinas, complemento y VIH negativos).

COMENTARIOS: La mayor parte de las esofagitis herpéticas son por virus herpes simple tipo 1. Normalmente aparecen en pacientes inmunodeprimidos y, aunque es inusual, también pueden aparecer en pacientes inmunocompetentes. La clínica cursa con odinofagia, disfagia, fiebre y dolor restroesternal. Las complicaciones que puede producir son la hemorragia digestiva, desarrollo de fístulas traqueo-esofágicas e impactación alimentaria. El diagnóstico es endoscópico y se confirma con el estudio microbiológico e histopatológico. El tratamiento recomendado es aciclovir.

Nuestro caso muestra la aparición de una esofagitis herpética en un paciente inmunocompetente, por lo que es una causa de esofagitis infecciosa a tener en cuenta a pesar de la ausencia de inmunosupresión.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-044

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA Y RECONVERSIÓN POSTERIOR A GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA

Espinet Coll, Eduardo [1]; Nebreda Durán, Javier [1]; Gómez Valero, José Antonio [1]; Vila Lolo, Carmen [1]; Juan-Creix Comamala, Antonio [1]; Galvao Neto, Manoel [2]; Fernández Huélamo, Azucena [1]; Díaz Galán, Patricia [1]

[1] Gastrodex. UTEO. Hospital Universitario Quirón Dexeus, Barcelona; [2] Gastro Obeso Center, Sao Paulo

INTRODUCCIÓN: La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en la obesidad mórbida. Cuando fracasa y/o aparecen complicaciones, la endoscopia bariátrica puede contribuir a solucionar la complicación y a ofrecer otra alternativa terapéutica. Presentamos el caso de una banda gástrica migrada no-funcionante que, mediante endoscopia, pudo extraerse y reconvertirse posteriormente a gastrosplastia.

ENDOSCOPIA: Mujer de 70 años. Hace 15 años se implantó banda gástrica quirúrgica. Actualmente presenta obesidad mórbida (P: 130.6kg, IMC: 53.4kg/m²) y síndrome metabólico (HTA, DM-2, artrosis). Acude para segunda opinión.

Gastroscopia: banda gástrica migrada a nivel subcardial (foto 1).

Gastroscopia (doble canal): mediante tijeras endoscópicas y Argon se secciona la banda y con asa de polipectomía se libera y extrae hasta cavidad oral.

Por edad y deseo de la paciente, se rechaza nuevo tratamiento quirúrgico y acepta tratamiento endoscópico bariátrico. Al mes se realiza TEGD y Gastroscopia que no evidencian contraindicación ("puente mucoso" inflamatorio residual).

Se practica **Gastroplastia endoscópica** (método Apollo) aplicando, a lo largo de la curvatura mayor de cuerpo gástrico, 6 puntos de sutura continuos de entre 2-5 pliegues/punto, sin incidencias (foto2).

Al mes se repite **TEGD**: cambios de tubularización gástrica (foto 3) y reflejando una pérdida de 8kg de peso con alto grado de satisfacción de la paciente.

COMENTARIOS: Una de las aplicaciones de la endoscopia bariátrica puede ser la reparación de la técnica quirúrgica cuando la cirugía fracasa y/o aparecen complicaciones: en nuestro caso permitió extraer la banda gástrica migrada y su posterior reconversión a gastroplastia endoscópica.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-045

QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

Sevilla Ribota, Sergio [1]; Monasterios Maestra, Pierina [1]; Opio Maestro, Verónica [1]; Castillo López, Guillermo [1]; Alía Moreno, Inés [1]; Gómez Rubio, Maríano [1]; De La Morena López, Felipe [2]

[1] Hospital Universitario de Getafe, Getafe; [2] Hospital Infanta Cristina, Parla

INTRODUCCIÓN: El quiste de duplicación duodenal (QDD) debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones submucosas duodenales. Es una lesión congénita rara, con una prevalencia inferior a 1/100.000 nacimientos, siendo el más frecuente de los quistes de duplicación digestivos.

Generalmente su curso es asintomático y de comportamiento benigno, aunque se ha descrito su malignización. Puede presentarse como pancreatitis aguda de repetición, colangitis, perforación y hemorragia digestiva.

Se diagnostica mediante ultrasonografía endoscópica visualizando una pared intestinal duplicada rodeando una estructura anecoica.

ENDOSCOPIA: Mujer de 62 años con dolor abdominal postprandial de un año de evolución. Se realiza ecografía abdominal donde se visualiza dilatación de vía biliar extrahepática ampliando el estudio con colangiorresonancia que detecta masa sólida de 5cm en segunda porción duodenal con signos de invaginación endoluminal (foto 1). En EDA, se identifica una lesión franqueable de características submucosas que ocupa más del 50% de la luz (foto 2). En la ecoendoscopia, se objetiva un quiste sobre el que se realiza punción-aspiración (foto 3). Finalmente, su estudio histológico confirmó presencia de contenido alimentario parcialmente digerido, compatible con QDD. La citología fue negativa para malignidad. Control endoscópico (foto 4).

COMENTARIOS: El manejo del QDD suele ser expectante ya que en la mayoría de los casos es asintomático. El drenaje endoscópico permite un abordaje menos invasivo y con menor morbimortalidad que la resección quirúrgica a pesar de no lograrse la resección completa del quiste en determinadas ocasiones. En estos casos, aunque su transformación maligna es muy poco frecuente, debe plantearse un seguimiento posterior.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-046

PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO ESOFÁGICO

Castillo Espinosa, José Manuel [1]; Martínez Bonil, María Del Carmen [1]; Martínez Pascual, Cristina [1]; Antón Ródenas, Gonzalo [2]; Muñoz Tornero, María [2]; Medranda Gómez, María Ángeles [1]; López García, Juan Francisco [1].

[1] Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier; [2] Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar

Estructura para Casos Endoscópicos.

INTRODUCCIÓN: Paciente de 67 años con síndrome mielodisplásico tipo citopenia refractaria, que acude a urgencias por presentar deposiciones melénicas de varios días de evolución. En analítica destaca anemización (Hb 8.3) y plaquetopenia (34000).

ENDOSCOPIA: Se realiza gastroscopia urgente en la que se observa a nivel de la unión esofagogástrica una lesión semipediculada, de aproximadamente 8mm, de aspecto inflamatorio y ulcerada en su superficie. El lago gástrico muestra contenido hemático escaso y no se observan otras lesiones gástricas ni duodenales. Dada la plaquetopenia del paciente, se decide inicialmente tomar biopsias y valorar tratamiento definitivo posteriormente. Las biopsias iniciales son inespecíficas.

En la endoscopia de control se extirpa la lesión mediante mucosectomía sin presentar incidencias. El diagnóstico anatomopatológico fue de pólipo inflamatorio esofágico, sin evidencia de malignidad. Posteriormente el paciente ha continuado seguimiento en Hematología, debido a su patología de base sin presentar nuevos episodios de sangrado digestivo.

COMENTARIOS: El pólipo fibroide inflamatorio, también denominado pólipo de Vanek, es un tumor infrecuente, benigno, generalmente único y de crecimiento lento, que puede localizarse a cualquier nivel del tubo digestivo. Su localización esofágica es muy infrecuente, pero de presentarse suele hacerlo en la unión esofagogástrica. Las formas de presentación más típicas del pólipo de Vanek esofágico son la disfagia y la hemorragia digestiva, por ulceración de su superficie, como en el caso que presentamos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-047

FÍSTULA GÁSTRICA Y FUGA ANASTOMÓTICA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA RESUELTAS MEDIANTE APLICACIÓN DE ISO-BUTYL-2-CIANOCRILATO

Burgos García, Aurora; Froilán Torres, Consuelo; Suárez Parga, José Manuel; Tortajada Laureiro, Lucía; Martín Arranz, Eduardo; Moreno López, Mónica; Abadía, Marta; Cristóbal Poch, Lidia; Vesperinas, Gregorio; Mora Sanz, Pedro
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN: La formación de fístulas o fugas tras una cirugía bariátrica supone una complicación infrecuente de este tipo de procedimientos (1-6% casos) pero potencialmente grave. El tratamiento endoscópico mediante colocación de prótesis, clips o aplicación de adhesivos puede representar una alternativa a la reintervención quirúrgica relativamente sencilla y con menor morbi-mortalidad. Presentamos dos pacientes en los que se aplicó endoscópicamente un adhesivo tisular (iso-butyl-2-cianoacrilato: Glubran^{R}) de forma eficaz.

ENDOSCOPIA: Varón de 57 años con gastrectomía tubular laparoscópica. A los 2 meses, presentó fiebre y una colección subfrénica de hasta 7cm en la TC abdominal. En la endoscopia alta, se observó orificio milimétrico fistuloso a 40 cm de arcada dentaria y se inyectaron un total de 2cc de cianocrilato en esta localización. El cianocrilato polimeriza de inmediato al contacto con OH por lo que debe inyectarse rápidamente y teniendo la precaución de limpiar el catéter con dextrosa al 5% o agua destilada para evitar la obstrucción del mismo. A las 24 horas, el paciente inició tolerancia oral. Actualmente, permanece asintomático tras un seguimiento de dos años.

Varón de 41 años con by pass gástrico laparoscópico. Al tercer día postoperatorio, se evidencia una fuga en la anastomosis gastroyeyunal. Requiere dos reintervenciones con mala evolución. Finalmente, se aplica cianocrilato en el trayecto de la misma. Actualmente, asintomático tras un seguimiento de 3 años.

COMENTARIOS: La aplicación de cianocrilato vía endoscópica representa una alternativa al tratamiento de las fugas/fístulas producidas tras una cirugía bariátrica aunque son necesarios más estudios para confirmar su eficacia y seguridad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-048

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE MALLA PROTÉSICA INCLUIDA SOBRE FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN

Mateos Sánchez, Patricia; Martínez Sánchez, Alba; Arranz Álvarez, María; Sánchez Pernaute, Andrés; Delkader Villar, Jaime; Talavera Eguizabal, Pablo; Rey Díaz-Rubio, Enrique; Esteban López-Jamar, José Miguel.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: La cirugía de grandes hernias hiatales se asocia con una tasa de recidiva de hasta el 42%. El uso de mallas protésicas a modo de refuerzo conduce a una menor recurrencia. Sin embargo este procedimiento no está exento de complicaciones.

ENDOSCOPIA: Varón de 54 años de edad con ERGE y gran hernia hiatal sometido a una funduplicatura tipo Nissen con colocación de malla protésica dual (Silicona y Prolene) e hiatoplastia. Un año tras la intervención se objetiva en tránsito gastroduodenal recidiva herniaria y migración de la funduplicatura al tórax, sin repercusión sintomática. Cinco años después de la intervención el paciente es remitido por un cuadro de epigastralgia e intolerancia alimentaria de 15 días de evolución.

Se realiza gastroscopia evidenciando pasada la transición esofagogástrica, a nivel de la funduplicatura la malla incluida, con el 50% de la misma saliendo a la luz. Se extrae la malla endoscópicamente tras lograr fragmentarla y sacarla por completo al estómago. Se consigue resolver el cuadro con alivio de su sintomatología.

COMENTARIOS: La colocación de una malla en el hiato puede derivar en complicaciones, tales como fibrosis, estenosis, adherencias, migración o perforación. La verdadera tasa de complicaciones es desconocida pero las series publicadas reportan una tasa de entre 1,3% al 20%. La inclusión en la luz requiere tratamiento quirúrgico. De Meester y cols publican incluso la necesidad de realizar esofaguectomía distal en estos casos. Se debe plantear siempre en estos casos la posibilidad de extracción endoscópica.

Se adjuntan imágenes y vídeos del procedimiento.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-049

ISQUEMIA GÁSTRICA SECUNDARIA A ESCLEROTERAPIA

Herranz Bachiller, María Teresa; Díaz Gutierrez, Francisco; Blanco Esteban, Juan Manuel; Roales Gómez, Valentin; Gonzalo Molina, María Antonia; Gracia Madrid, Antonio; Hernández Hernández, José Manuel
Hospital Nuestra Señora De Sonsoles, Ávila

INTRODUCCIÓN: La isquemia gástrica es una patología poco frecuente por la profusa vascularización gástrica rica en colaterales, la etiología más frecuente suele ser por un shock hipovolémico o por disminución de perfusión de vascularización a nivel del territorio esplácnico. Se han descrito casos de isquemia secundaria a la escleroterapia, presentamos una paciente que ingresa por una hemorragia digestiva alta a la que se realiza gastroscopia urgente.

ENDOSCOPIA: En la gastroscopia presentaba sangrado activo proveniente de primera rodilla duodenal, no pudiéndose objetivar con claridad el foco de sangrado se realiza esclerosis de forma intuitiva con adrenalina y etoxiesclerol cediendo el sangrado, en las siguientes 48 horas la paciente presenta dolor abdominal agudo, se repite la gastroscopia observándose úlcera lineal esofágica, úlcera previa de primera rodilla duodenal y nueva lesión a nivel de segunda porción duodenal de aspecto isquémico. Un mes más tarde reingresa por nueva hemorragia digestiva alta, en la gastroscopia se visualiza ulceración de 3 cm de esófago distal de forma circunferencial (Fig 1A), con ramas vasculares submucosas de cuerpo gástrico trombosadas-ectásicas, (Fig 1B) y deformidad de bulbo duodenal de tipo ulceroso.

COMENTARIOS: La paciente presenta una isquemia de ramas venosas gástricas y de esófago distal, en probable relación con la escleroterapia previa, lo cual nos indica que la esclerosis no está exenta de riegos y que se debe usar con precaución y si es posible combinarla con técnicas de hemostasia mecánica como clips, si es factible.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-050

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE DESCONEXIÓN ESÓFAGO-YEYUNAL MEDIANTE ENDOPRÓTESIS

Melcarne, Luigi; Brullet, Enric; Junquera, Felix; Martínez Bauer, Eva; Profitos, Joaquim; Horta, Diana; Machlab, Salvador; Campo, Rafael
Corporació Sanitaria i Universitaria Parc Taulí, Sabadell

INTRODUCCIÓN: La dehiscencia post-quirúrgica es una complicación severa con alta morbi-mortalidad. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque el tratamiento endoscópico es una alternativa para desconexiones inferiores al 70%.

ENDOSCOPIA: Mujer de 71 años que tras una funduplicadura presenta necrosis gástrica que requiere gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux. En el post-operatorio se sospechó fallo de sutura, realizándose gastroscopia que evidencia una desconexión esófago-yeyunal, con una separación de unos 4 cm entre ambos extremos.

Dado el alto riesgo quirúrgico, se optó por la colocación de una prótesis totalmente recubierta tipo Hanaro de 14 cm, fijando el extremo proximal con dos clips.

A la semana se objetivó radiológicamente persistencia de fuga anastomótica. Se realizó una nueva endoscopia observando un espacio entre la pared esofágica y la prótesis, procediéndose a sustitución de dicha prótesis por una de colon, totalmente recubierta (tipo Hanaro de 150 mm de longitud, 24 mm diámetro en cuerpo y 32 mm en las copas).

La paciente fue dada de alta a los 15 días del segundo tratamiento endoscópico.

COMENTARIOS: El tratamiento con endoprótesis y fijación pude ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de dehiscencias completas de anastomosis quirúrgicas en pacientes de alto riesgo.

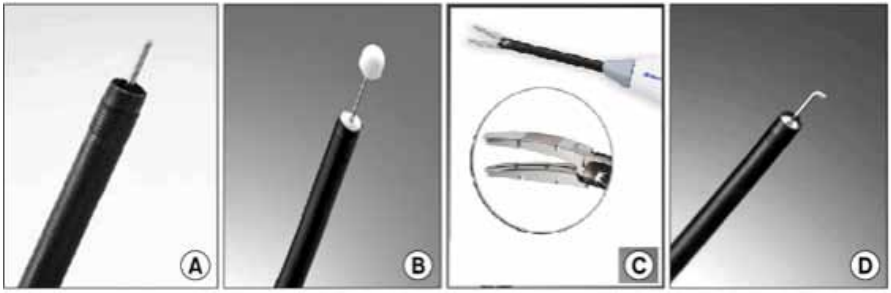
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-051

DIVERTÍCULO DE ZENKER. MODALIDADES DE ABORDAJE ENDOSCÓPICO. NUESTRA EXPERIENCIA

Canaval Zuleta, Hector Julian; Chacchi Cahuin, Rocío; Amado Villanueva, Natalia Liliana; Vilella Martorell, Ángels; De Zarraga Mata, Claudia; Dolz Abadía, Carlos
Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN: El divertículo de Zenker (DZ), es una evaginación esofágica producida por un defecto en la pared muscular de la hipofaringe. La cirugía abierta es el enfoque tradicional, sin embargo cada vez es más común el manejo mínimamente invasivo con endoscopia rígida por parte de otorrinolaringólogos o con endoscopia flexible por digestológos. La disección del septo diverticular es un punto clave, existiendo para ello diferentes accesorios y variaciones de la técnica, sin tener claras recomendaciones estandarizadas. Presentamos la experiencia de algunos casos de nuestro centro, usando diferentes accesorios de corte endoscópico: Needle knife, IT knife, Ligasure™ y Hook-knife.



DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Decúbito lateral y sedación. Inserción de alambre de guía en el esófago bajo control endoscópico. Colocación del diverticuloscopio dejando su aleta más larga en esófago y la corta en el divertículo. Incisión del tabique entre el divertículo y el esófago (músculo cricofaríngeo) con algún accesorio endoscópico practicando una incisión "de arriba –abajo" o viceversa). Revisión de la incisión y colocación de hemoclips.

CONCLUSIONES:

1. La septomiotomia endoscópica es una técnica rápida, efectiva y segura.
2. El IT knife no es el accesorio más adecuado, pues su punta aislada impide una adecuada incisión longitudinal.
3. El uso del Ligasure™ presenta una mayor dificultad técnica al requerir de dos accesorios dentro del diverticuloscopio.
4. Se consigue una adecuada incisión tanto con Needle-knife como con el Hook- knife, sin embargo con este ultimo logramos una incisión más controlada y precisa usando la técnica "de abajo hacia arriba".

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-052

CARCINOMA ESCAMOSO ESOFÁGICO SUPERFICIAL MAYOR DE 2 CM: ¿SE DEBE DESCARTAR LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA?

Guarner Argente, Carles; Colán Hernández, Juan; Concepción Martín, Mar; Gómez Oliva, Cristina; Sáinz, Sergio; Guarner Aguilar, Carlos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓN: La resección mucosa endoscópica (RME) con bandas es una opción terapéutica para el carcinoma escamoso esofágico superficial (CEES). La indicación de RME generalmente se limita a lesiones ≤2 cm. Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, y con una lesión plana esofágica de 7 cm de longitud.

ENDOSCOPIA: En Mayo de 2013 una gastroscopia mostró una placa eritematosa discretamente irregular de 28 a 21 cm de arcada dentaria, que ocupaba 1/4 del perímetro esofágico y con biopsias compatibles con Carcinoma escamoso superficial. La ecoendoscopia no apreció invasión profunda y no se apreciaron adenopatías significativas. Se decidió en comité realizar una RME-B para completar el estadiaje y como posible tratamiento. Se realizó una mucosectomía con bandas en 5 fragmentos y fulguración de 3 mínimas áreas laterales menores de 1 mm con Argón, consiguiendo una resección completa.

La anatomía patológica mostró un Carcinoma escamoso con un mínimo foco de infiltración superficial de la submucosa que no alcanzaba el margen de resección profundo y que no invadía estructuras vasculares ni linfáticas.

Tras 14 meses de seguimiento, se han realizado 3 endoscopias con biopsias de la extensa cicatriz, sin apreciar signos de recidiva ni diseminación.

COMENTARIOS: La RME con bandas del CEES permite completar el estadiaje de lesiones mayores de 2 cm. Además, puede ser suficiente para completar el tratamiento.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

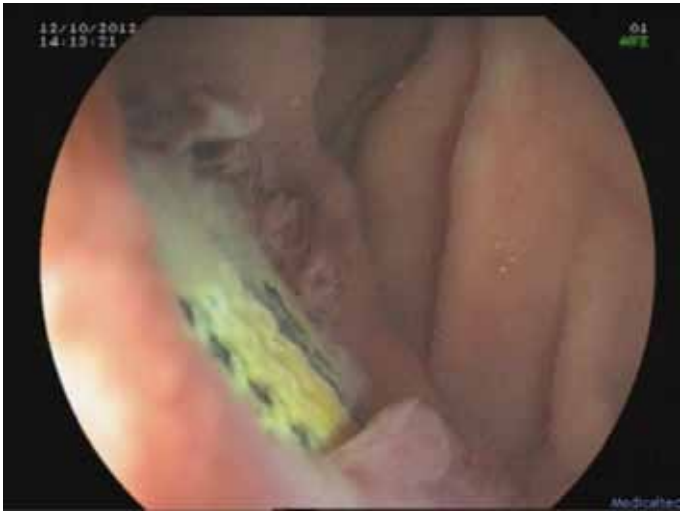
P-053

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE UNA FÍSTULA AORTOENTÉRICA

Ballesteros De Diego, Lucía; Ciriza, Constanza; Piedracoba, Carlos; Castellano, Gregorio
Hospital 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Varón de 78 años, con antecedente de ulcus gástrico tratado mediante gastrectomía parcial con reconstrucción tipo Billroth I, portador de by-pass aortobifemoral realizado por isquemia arterial crónica de miembros inferiores. Acude a Urgencias por hematemesis y shock hipovolémico. Dos semanas antes, había sido atendido por vómitos en "posos de café" con diagnóstico endoscópico de gastritis de neoboca. Tras estabilizar al paciente, se realizó una nueva gastroscopia.

ENDOSCOPIA: En la tercera porción duodenal, se observó oculta entre pliegues una ulceración de la mucosa entérica con restos hemáticos en sus bordes y con material de aspecto metálico visible en su fondo, sin sangrado activo.



Ante la sospecha de hemorragia digestiva secundaria a una fístula aortoentérica (FAE), se realizó un TAC abdominopélvico, en el que se identificó la anastomosis proximal del by-pass biaortofemoral en íntimo contacto con la pared duodenal. Tomando en conjunto los resultados de ambas pruebas, en el contexto clínico del paciente, se estableció dicho diagnóstico. Posteriormente, el paciente presentó una hemorragia exanguinante que le causó la muerte.

COMENTARIOS: Las FAEs son una causa poco frecuente de hemorragia digestiva que debe descartarse en todos pacientes con cirugía aórtica previa, dado que el retraso en el diagnóstico conlleva un pronóstico infausto con mortalidad cercana al 100%. La presentación habitual es en forma de sangrado digestivo masivo, aunque es frecuente que exista en los días previos un sangrado intermitente ("centinela"). El diagnóstico es complejo, pues no existen pruebas específicas. Entre ellas, la gastroscopia y la TAC se consideran las de mayor utilidad.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-054

NUEVO SISTEMA DIGITALIZADO DE ABLACIÓN CON RADIOFRECUENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA E.R.G.E. PRIMER CASO EN ESPAÑA. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CON EL ANTERIOR SISTEMA ANALÓGICO UNA DÉCADA DESPUÉS

Rodríguez-Téllez (1,2), Manuel [(1)]; González-Mariscal (1), Mª José [(2)]; Castaño (1), Lucía [(2)]; Araujo (1), Ángela [(2)]; Morales (2), Mª Luisa [(3)]; Pellicer (2), Francisco J. [(3)]; Herrerías (2), Juan Manuel [(3)]

[(1)] (1) Unidad de Digestivo-Endoscopias Clínica Arenal-Hospital San Agustín (2) Unidad de Endoscopias. Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; [(2)] (1) Unidad de Digestivo-Endoscopias Clínica Arenal-Hospital San Agustín, Sevilla; [(3)] (2) Unidad de Endoscopias. Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Se ha descrito durante 2014 que tras el tratamiento de la ERGE mediante la ablación por radiofrecuencia con el anterior sistema analógico Stretta, las escalas de calidad de vida, satisfacción y toma de IBP mejoran significativamente y estos resultados se mantienen 10 años (Noar M et al. Long-term maintenance effect of radiofrequency energy delivery for refractory GERD: a decade later. Surg Endosc. 2014;28:2323-33). Recientemente está disponible un nuevo sistema digitalizado cuyas ventajas frente al analógico son su menor tamaño y manejabilidad, facilidad en la interpretación y sobre todo su eficacia y seguridad, ya que permite la programación del control de la temperatura máxima en la mucosa y el tejido muscular y por tanto evita las lesiones que se producían con el sistema anterior.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Consiste en la aplicación de radiofrecuencia a través de 4 electrodos situados en un catéter balón en 6 niveles de la unión esófago-gástrica: en cuatro niveles del esfínter esofágico inferior y en dos niveles del cardias (vídeo). Los mecanismos descritos por los que ejerce su acción han sido la disminución de las relajaciones transitorias, alteración de la complianza y del grosor de la unión gastroesofágica.

CONCLUSIONES: Se presenta el primer caso realizado en España con el nuevo sistema digitalizado de ablación por radiofrecuencia (Julio 2014), así como el análisis de nuestros propios resultados a largo plazo sobre calidad de vida, satisfacción y toma de IBP de las 23 intervenciones realizadas con el anterior sistema analógico entre los años 2003 y 2006.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-055

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SOBRE ESOFAGOCOLOPLASTIA TRAS INGESTA DE CAÚSTICOS

García García, María José; Alonso Martín, Carmen; Llerena Santiago, Susana; Terán Lantarón, Álvaro; Hernández Amunarriz, Daniel; Iruzubieta Coz, Paula; Trugeda Carrera, María Soledad; De La Peña, Joaquín; Crespo García, Javier
Hospital Marqués De Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La interposición colónica es una técnica utilizada para reconstrucción del tránsito intestinal en distintas enfermedades esófago-gástricas. No se conoce la incidencia real de neoplasias en el tracto digestivo superior a largo plazo tras esta intervención. Los casos reportados en la literatura corresponden a adenocarcinoma colónico. A continuación presentamos un caso de adenocarcinoma gástrico sobre este tipo de anastomosis.

ENDOSCOPIA: Varón de 55 años con antecedentes de esofagocoloplastia a los 5 años de edad por esofagitis cáustica accidental, sin seguimiento posterior. Acudió a nuestro centro por vómitos de repetición. Ante estos hallazgos, se realizó una gastroscopia en la que se observaba la anastomosis esofacólica ligeramente estenótica, sin lesiones. Sin embargo, en la anastomosis gastrocólica se observó gran una úlcera circunferencial de 5 cm de tamaño, fibrinada y necrosada. El estudio anatomopatológico reveló la presencia de células compatibles con adenocarcinoma tipo intestinal de Lauren, con displasia intensa en las glándulas gástricas adyacentes.

CONCLUSIONES: Este es el primer caso de adenocarcinoma gástrico sobre esófagocoloplastia descrito en la literatura hasta la fecha.

Teniendo en cuenta que existen otros casos descritos de adenocarcinoma colónico, creemos que debe considerarse el cribado asintomático mediante endoscopia digestiva alta en estos pacientes.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-056

CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Díaz Roca, Ana Belén; Ortiz De Zárate, Jone; Martínez Olaizola, Patricia; Calderón García, Ángel; Arreba González, Paz; Blanco Sampascual, Sonia; Ruiz Eguiluz, Pablo; Bautista Henríquez, Michelle; Orive Cura, Víctor Manuel
Hospital De Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: La anisakiasis digestiva es una enfermedad parasitaria que se adquiere tras la ingesta de pescado crudo y poco cocinado. Las manifestaciones clínicas son secundarias a la acción del *Anisakis simplex* sobre la pared del tubo digestivo. Presentamos a continuación un caso típico de anisakiasis gástrica y reacción alérgica al parásito.

ENDOSCOPIA: Se trata de un varón de 39 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés que acude a urgencias por cuadro agudo de dolor abdominal y exantema en cara y tronco superior tras cenar merluza. A la exploración presenta un importante dolor en epigastrio sin irritación peritoneal y en la analítica destaca únicamente una leucocitosis. En el TAC abdominal se aprecia imágenes sugestivas de gastritis y ulcus en curvadura mayor gástrica con pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal (Fig. 1). Se realiza una gastroscopia visualizando en curvadura mayor un pliegue engrosado y eritematoso visualizando varios parásitos enclavados en su pared (Fig. 2) que se extraen con una pinza (Fig. 3). El paciente recibe tratamiento médico sintomático evolucionando favorablemente. La Ig E específica al Anisakis así como las pruebas cutáneas fueron positivas.

COMENTARIOS: La gran mayoría de las infestaciones cursan de modo asintomático, o bien se manifiestan por fenómenos de hipersensibilidad inmediata, mediada por Ig E. El interés en nuestro campo reside en que dicha enfermedad puede simular cuadros gastrointestinales como obstrucción intestinal, apendicitis, peritonitis, ulcus y enfermedad de Crohn, debido al efecto local de la larva sobre el tubo digestivo. El tratamiento es fundamentalmente médico precisando ocasionalmente un tratamiento quirúrgico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-057

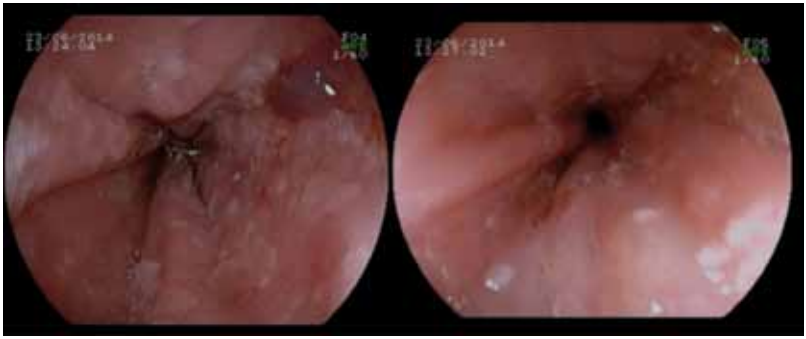
PÉNFIGO ESOFÁGICO COMO HALLAZGO INCIDENTAL

Torregrosa Lloret, María; Montoro Martínez, Pedro; Sevilla Cáceres, Laura; Sastre Lozano, Violeta María; Carrión García, Fuensanta; García Tercero, Iván; Maté Ambélez, Ana; Morán, Senador
Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN: Varón de 72 años con antecedentes de enfisema bulloso bilateral y pénfigo laríngeo intervenido mediante resección parcial de epiglotis.

Acude a Urgencias por sensación de cuerpo extraño.

GASTROCOPIA, destaca: Esófago: Se visualiza cuerpo extraño cárnico localizado a nivel de tercio medio que se extra mediante cesta de Roth. Presencia de terciarismos esofágicos. Mucosa en tercio superior de aspecto inflamatorio con empedrados blanquecinos que se biopsia, produciéndose tras las mismas grandes socavones.



EVOLUCIÓN: Tras extracción de cuerpo extraño alimenticio se da cita para consultas de Digestivo para seguimiento y resultado de las biopsias.

Siendo las biopsias de esófago compatibles con signos de inflamación aguda asociada a una lesión acantolítica sugestiva de pénfigo.

Una vez en consulta se informa de los resultados y se deriva al paciente a consultas de Medicina Interna para completar estudio.

COMENTARIOS: Los pénfigos son un grupo de enfermedades ampollosas de piel y mucosas caracterizadas clínicamente por presencia de ampollas y erosiones, histológicamente por despegamiento intraepidérmico (acantólisis) e inmunopatológicamente por anticuerpos dirigidos contra estructuras de unión entre queratinocitos. Existen varias formas de pénfigos, en relación a la clínica y el tipo de anticuerpo detectado.

En cuanto a la afectación esofágica, la presencia de ampollas es característica, se trata de grandes bullas, con frecuencia serohemáticas y en tercio esofágico superior, capaces de despegarse espontáneamente, dejar erosiones exfoliativas locales o extensas en la mucosa. En otros casos, aparecen cicatrices de zonas afectas, responsables de estenosis esofágicas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-058

ULCUS DE SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL SECUNDARIO A TUMOR PANCRÉATICO NEUROENDOCRINO

Varela, Andrés; Milan, Manuel; Botero, Juliana; Larrea, José Luis; Cazorla, Alicia; Sánchez-Fayos, Paloma; Porres, Juan Carlos
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

INTRODUCCIÓN: Los tumores pancreáticos excepcionalmente pueden crecer en extensión hasta alcanzar el duodeno distal, llegando en ocasiones a producir una ulceración del mismo. Presentamos el caso de una neoplasia pancréatica endocrina que se diagnóstica a partir del hallazgo de una úlcera duodenal.

Paciente varón de 50 años, asintomático al que se realiza una gastroscopia por ferropenia.

ENDOSCOPIA: Anillo esofágico incipiente, hernia de Hiato. gastropatia antral. Duodeno: Desde la rodilla duodenal, prolongandose por la segunda porción, úlcera irregular de 3 cm, de bordes sobre elevados, friable y con fondo de fibrina. Biopsias.

Biopsias: Infiltración por tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 2 de la OMS.

Se solicitó TC tras la endoscopia que dió: Masa en cabeza pancreática con infiltración de Duodeno. Se remite a cirugía y se realiza Duodenopancreatectomía cefálica. La anatomía confirma tumor neuroendocrino grado 2 (recuento mitótico con MIB1 del 5-6%); también conocido como tumor de las células de los islotes pancreáticos.

COMENTARIOS: Los tumores pancreáticos raramente llegan a producir úlceras por infiltración del Duodeno y excepcionalmente este tumor es de origen neuroendocrino. El aspecto endoscopio de la úlcera duodenal oriento sobre la posibilidad de patología maligna confirmada por el estudio de extensión y la anatomía patológica que permitió demostrar un tumor neutro endocrino pancreático no funcionante. Estos tumores se localizan habitualmente en la cabeza y proceso uncinado del Páncreas suelen ser mayores de 3 cm y tienen un crecimiento lento y asocian un mejor pronóstico que otros tumores pancréaticos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-059

IMAGEN ENDOSCÓPICA DE PÁNCREAS ECTÓPICO DE LOCALIZACIÓN Y ORIGEN INFRECUENTES

Martínez Bonil, María Del Carmen [1]; Martínez Pascual, Cristina [1]; Castillo Espinosa, José Manuel [1]; Medranda Gómez, María De Los Ángeles [1]; Carbonell Ruiz, Daniel José [2]; Antón Ródenas, Gonzalo [2]; López García, Juan Francisco [1]

[1] Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor, Murcia; [2] Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: Mujer 45 años sin antecedentes relevantes en estudio por dolor abdominal.

GASTROSCOPIA: En cara posterior del fundus impronta de aspecto subepitelial (mucosa en superficie normal), sobreelevada, de morfología circular y umbilicación central de 10 mms de diámetro, de la que se toman biopsias sin apreciar aumento en su consistencia.

El estudio anatomopatológico informó de mucosa gástrica normal. Se realizó ecoendoscopia que mostró una lesión hipoecóica, homogénea, de bordes bien delimitados, originada en la muscularis de la mucosa, observándose una estructura ductal en su interior, todo ello altamente sugestivo del diagnóstico de páncreas ectópico, lo cual fue confirmado tras su resección.

COMENTARIOS: El páncreas ectópico gástrico es una lesión subepitelial poco frecuente (0.55% -14% en autopsias), descubierta frecuentemente de forma incidental. Las biopsias endoscópicas convencionales de la mucosa no son útiles y la ecoendoscopia permite determinar características de la lesión y el origen en la pared gástrica pero no el tipo de lesión y si ésta es benigna o maligna. Los hallazgos de una lesión subepitelial hipoecoica, homogénea, que se origina en la tercera capa de la pared gástrica (submucosa 60-75% de los casos) y mayoritariamente en la curvatura mayor del antro (85-95%) con una estructura ductal en su interior, son muy sugestivos de páncreas ectópico. Sin embargo, en este caso la lesión subepitelial se origina en el fundus gástrico y en la segunda capa de la pared gástrica (muscularis de la mucosa) lo cual es un hallazgo poco frecuente que se presenta sólo en 17% de los casos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-060

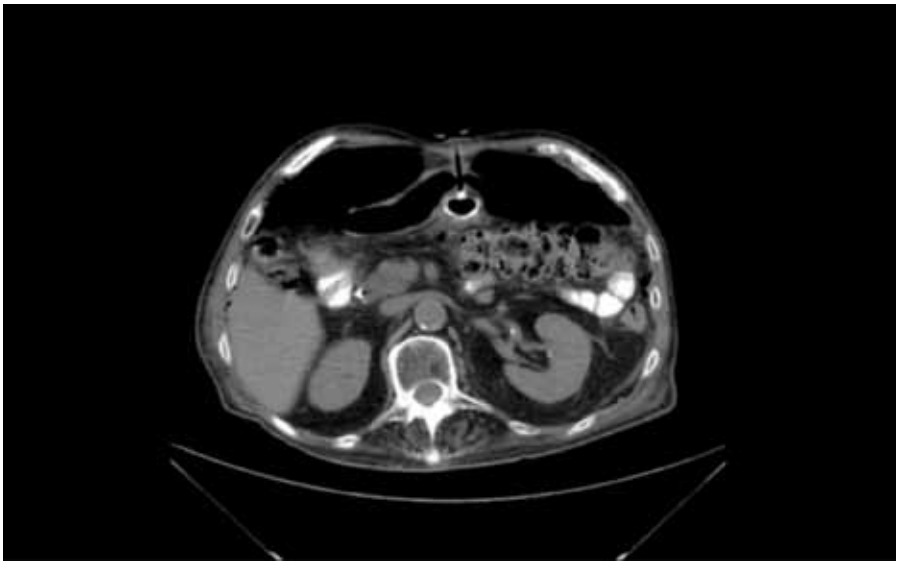
FÍSTULA GASTROCÓLICA: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA PEG

Ibáñez García, Mercedes [(1)]; Mata Román, Laura [(1)]; Maestro Antolín, Sergio [(2)]; San José Briz, Arancha [(1)]; Alonso, Isabel [(1)]; Esteban, Verónica [(1)]
[(1)] Hospital Medina del Campo, Medina del Campo; [(2)] Hospital Río Carrión, Palencia

INTRODUCCIÓN: La nutrición por sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) esta indicada en pacientes con incapacidad para la deglución que conservan la función del tracto digestivo. Las complicaciones más frecuentes de la técnica son leves como celulitis, rebosamiento periestoma, extrusión, ileo, obstrucción de la sonda y hematoma de la pared. Las complicaciones graves como peritonitis, hemorragia, broncoaspiración, síndrome Buried-bumper y fístula gastrocólica son infrecuentes. La tasa de complicaciones descritas oscila entre 10-40% según los datos publicados.

ENDOSCOPIA: La colocación de la sonda PEG se realizó el 21 de Mayo de 2014 según la técnica de Ponsky con 2 enfermeras y 2 médicos endoscopistas sin complicaciones inmediatas.

COMENTARIOS: El 1 de Junio ingresa por síncope, vómito y estreñimiento, a la exploración física se observa distensión abdominal y salida de heces periestoma. En las pruebas de imagen se identifica neumoperitoneo y sonda PEG que atraviesa dolicosigma creando una fístula gastrocólica (imagen). Se decide actitud expectante sin reconstrucción quirúrgica debido a situación clínica paciente y tiempo de evolución de la fístula. El paciente evoluciona favorablemente con restauración de la nutrición por PEG y ritmo intestinal normal. Acude 10 días después por estreñimiento agudo a urgencias dado de alta con tratamiento. Fallece en su domicilio el 29 de Julio de 2014 or PCR sin aparente relación con la fístula gastrocólica.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-061

TUMOR SUBEPITELIAL DUODENAL: OPCIONES DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Riesco, José María [1]; Díaz, Antonio [1]; Moya, Eloísa [1]; Rizo, Juna [2]; Rivero, Miguel [1]; Manzano, Rebeca [1]; González, Rosario [1]; Campos, Rocío [1]

[1] Hospital Universitario Del Sureste, Arganda Del Rey, Madrid; [2] Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las tumoraciones duodenales obstructivas benignas suponen un desafío terapéutico para el endoscopista.

CASO CLÍNICO: Mujer de 78 años con vómitos persistentes y pérdida ponderal de 10kg. Se realizó gastroscopia visualizando en rodilla duodenal una lesión exofítica obstructiva de aspecto subepitelial con prolapso intermitente hacia segunda porción. Por ecoendoscopia identificamos una tumoración hiperecogénica (32 x 21 mm) situada en la tercera capa (submucosa) compatible con lipoma. Nos planteamos cuatro opciones de tratamiento endoscópico: resección convencional con asa de diatermia (desventaja: riesgo aumentado de perforación ya que el tejido graso es mal conductor eléctrico y presentaba pedículo ancho), colocación aislada de endoloop en su base (la mejoría clínica podría tardar semanas en aparecer), técnica de *unroofing* + enucleación en un solo tiempo (difícil técnicamente por localización y movilidad del lipoma) o colocación de endoloop + *unroofing*. Esta última alternativa nos permitió extirpar el casquete superior del lipoma para su confirmación histológica y mejoría sintomática rápida. ¿Qué aporta el endoloop en estas lesiones? Reduce el riesgo de sangrado (son tumoraciones muy vascularizadas), necrosa la base de la lesión y permite su enucleación posterior a medio plazo, reduce el riesgo de perforación (evitando la invaginación de la serosa dentro del pedículo de la lesión) y disminuye la movilidad de la tumoración facilitando su manipulación. La paciente evolucionó favorablemente y 8 semanas después se confirmó la ausencia de tumor residual.

CONCLUSIONES: Existen pocos casos reportados sobre terapéutica endoscópica de lipomas digestivos, siendo éste el tercero de origen duodenal tratado exitosamente mediante endoloop + *unroofing*.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-062

RECANALIZACIÓN CON ÉXITO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLETA MEDIANTE TÉCNICA DE RENDEZVOUS CON ABORDAJE ANTERÓGRADO Y RETRÓGRADO COMBINADO

Álvarez-Delgado, Alberto; González-Santiago, Jesús M.; Velasco-Guardado, Antonio; Geijo-Martínez, Fernando; Umaña-Mejía, Josue; Piñero-Pérez, Concepción; Rodríguez-Pérez, Antonio.

Hospital Clínico Universitario. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca

INTRODUCCIÓN: Las estenosis completas de la luz esofágica suelen ser secundarias al tratamiento quirúrgico o complicaciones tras radioterapia y/o quimioterapia en tumores de cabeza y cuello. Suponen un desafío médico-quirúrgico que requiere una actuación multidisciplinar para su resolución.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA: Mujer, 82 años, con antecedentes de tiroiditis granulomatosa que precisó traqueotomía de urgencia por cuadro de disnea brusca y disfagia aguda secundario a parálisis recurrencial bilateral. Por incompetencia del cierre glótico se indicó gastrostomía quirúrgica. Finalmente se practicó laringectomía total con posterior faringostoma tras comprobar estenosis completa del esófago cervical. También existía fístula esófago-traqueal objetivada por traqueostoma. Mediante endoscopia anterógrada se visualiza estenosis completa a nivel unión faringo-esofágica, se decide realizar endoscopia retrograda a través del orificio de la PEG con gastroscopio ultrafino hasta esófago cervical, visualizando estenosis completa, orificio lateral sugerente de fistula y transiluminación del endoscopio por vía anterógrada. Con un Needle-Knife desde el endoscopio anterogrado y transiluminación adecuada en la visión retrógrada se consigue acceder a esófago con guía para posteriormente proceder a dilatación. Se consigue la apertura de la estenosis con dilataciones graduales y el paso de faringe a esófago. De forma retrógrada se cierra la fistula esófago-traqueal con clips. En sucesiva sesión de dilatación se amplía la comunicación faringo-esofágica permitiendo la deglución y cierre del faringostoma, dejando pendiente la retirada de PEG.

CONCLUSIONES: Un abordaje endoscópico combinado permite solucionar complicaciones quirúrgicas complejas. Hay pocos casos descritos de recanalización en estenosis esofágica completa mediante técnicas combinadas similares y su tasa de éxito es muy elevada.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-063

CROHN ESOFÁGICO

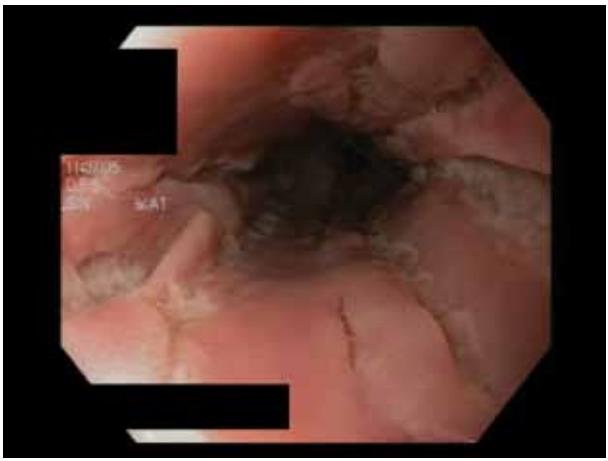
López Gómez, Marta; González Partida, Irene; Hernández Conde, Marta; Bernardo García, Cristina; González Lama, Yago; Suárez Ferrer, Cristina Julia; Calvo Moya, Marta; Abreu García, Luis
Hospital Puerta De Hierro, Majadahonda

INTRODUCCIÓN: Mujer de 30 años con antecedentes enfermedad de Crohn ileo-cólica con patrón penetrante y afectación perianal con un comportamiento agresivo que ha sido sometida a varias resecciones y estricturoplastias, y que ha recibido múltiples líneas de tratamiento que incluyen inmunomoduladores convencionales y biológicos con mala respuesta y que en el momento actual se encuentra bajo tratamiento con esteroides a dosis plenas por vía oral. Acude a urgencias por disfagia y dolor retroesternal.

ENDOSCOPIA: Desde 25 cm de la arcada dentaria hasta la unión gastroesofágica se observaban múltiples úlceras longitudinales profundas cubiertas de fibrina y de bordes mamelonados, siendo el resto de la mucosa de aspecto normal. En el estudio histológico se objetivaron cambios de esofagitis crónica reparativa con actividad inflamatoria aguda e infiltrado parcheado linfocitario profundo compatible con enfermedad de Crohn, descartándose cualquier tipo de sobreinfección incluidas las virales y las fúngicas.

COMENTARIOS: La afectación esofágica en la enfermedad de Crohn es extremadamente infrecuente, con una incidencia que oscila de 0.3% al 2% y el pronóstico a pesar del tratamiento es desfavorable. Se debe sospechar en pacientes con afectación ileo-cólica previa y presenten clínica de odinofagia o disfagia.

Este caso es ilustrativo de una manifestación infrecuente de la enfermedad que se suele asociar a casos graves y refractarios como este. Además, la severidad de la afectación esofágica es especialmente llamativa y demuestra la gravedad y el mal pronóstico del caso que presentamos.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-064

FÍSTULA BILIOENTÉRICA ASINTOMÁTICA

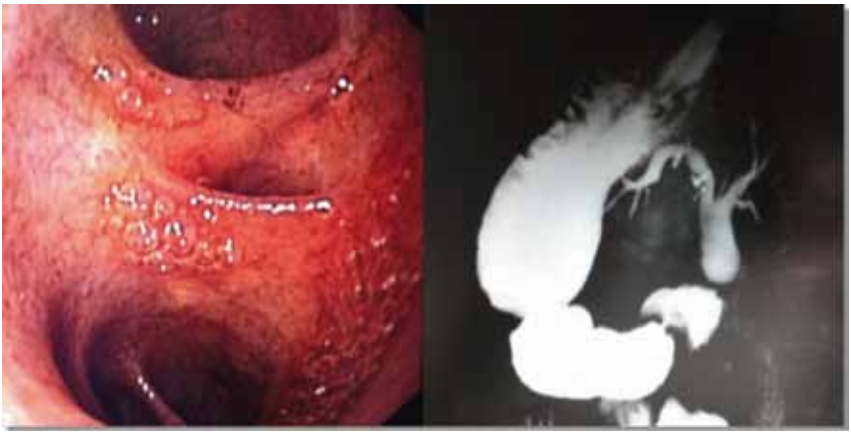
Maraver Zamora, Marta; Bejarano García, Ana; Talavera Fabuel, Aurora; Maraver García, Antonio
Complejo Hospitalario De Huelva, Huelva

INTRODUCCIÓN: Paciente de 81 años. Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II y úlcera duodenal hace 30 años. No toma gastrolesivos. Ingresa por hemorragia digestiva en forma de melenas y vómitos en posos de café sin inestabilidad hemodinámica. Analítica: Hemoglobina 7g/dL que precisa transfusión, sin otros datos a destacar. Practicamos endoscopia precoz quedando asintomática.

ENDOSCOPIA: Esófago normal. Hernia hiatal de unos 3cm. Erosión subcarinal con sangrado en sábana que se esclerosa con adrenalina. Gran divertículo en tercera porción duodenal e imagen bulbar que sugiere orificio fistuloso. Test Ureasa positivo.

Estudio gastroduodenal con contraste hidrosoluble: Fistula enterobiliar con paso de contraste desde bulbo hacia colédoco. Ecografía sin colelitiasis.

COMENTARIOS: Las fístulas bilioentéricas son una entidad infrecuente. Normalmente resultado de una enfermedad litiásica biliar crónica complicada (75-90%). Sin embargo, la secundariedad a enfermedad ulcerosa crónica penetrante (sospechada en nuestra paciente dados los antecedentes) es excepcional (6-15%). En la mayor parte de los casos es un diagnostico incidental, como el nuestro. A pesar de que la cirugía se ha considerado la terapéutica de elección, no siempre es necesaria ante la ausencia de clínica. La sintomatología asociada a la fístula en sí misma es infrecuente. Menos del 10% presentan colangitis, y la hemorragia digestiva o ictericia son excepcionales. Existen diferentes tipos de fístulas bilioentéricas siendo las coledocoduodenales las menos descritas (1-25%). Otras etiologías reportadas son la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular duodenal (que padecía nuestra paciente), traumatismos abdominales, instrumentación previa de la vía biliar o procesos infecciosos y tumorales.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-065

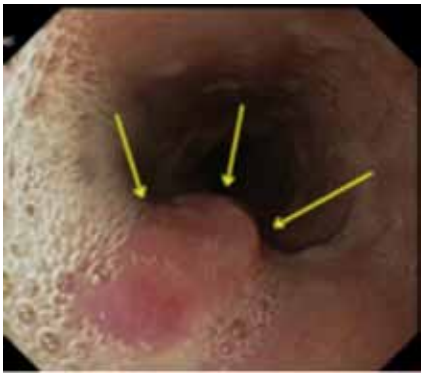
CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑA DE LOCALIZACIÓN ESOFÁGICA (CCPE) COMO CAUSA RARA DE DISFAGIA

García Centeno, Pilar; Ganoza Paredes, Mónica; Golmayo Flethes, Carmen; Calvo, María; Kheiri Vázquez, Sandra; Castellano, Amelia; Beceiro, Inmaculada; Borrego, Gloria; Espinosa, Laura; Santos, Andrés; Poves, Elvira
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de célula pequeña es un tumor neuroendocrino principalmente pulmonar, siendo el esófago la localización extrapulmonar más frecuente.

Representa el 1-2.8% de los tumores esofágicos, de predominio en tercio medio e inferior con clínica de disfagia y pérdida de peso.

Varón de 78 años con antecedentes de EPOC severo, ex bebedor y fumador, en estudio por disfagia y dolor torácico.



ENDOSCOPIA:

Gastroscopia:

A 30 cm de arcada dentaria, lesión sésil de 2 cm que se biopsia.

Anatomía patológica: Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, grado 3.

Ecoendoscopia: A 30 cm de arcada dentaria se localiza la lesión polipoidea que infiltra todas las capas, en contacto pero con plano de separación con la aorta. Una adenopatía perilesional (<1 cm). Estadío T3N1.

El paciente recibió quimioterapia con mejoría clínica inicial, pero evidenciándose a los meses progresión de la enfermedad con aumento del tamaño tumoral y adenopático.

COMENTARIOS: El CCPE es una neoplasia infrecuente, de comportamiento agresivo, con adenopatías locorregionales casi constantes al diagnóstico y metástasis a distancia en aproximadamente la mitad de los casos.

Presenta una supervivencia media de 7-8 meses.

No existe un consenso en el tratamiento. Es un tumor quimiosensible con buena respuesta inicial pero muy recidivante.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-066

HEMOSPRAY® EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Carbonell Blanco, Carlos; Nogales Rincón, Óscar; Padilla Suárez, Camilo; Ávila Alegría, Juan Carlos; Martínez Lozano, Helena; González Asanza, Cecilia; Merino Rodríguez, Beatriz; García Lledó, Javier; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: Hemospray® es un nuevo agente hemostático para el tratamiento endoscópico de lesiones sangrantes no varicosas del tracto gastrointestinal. Los estudios preliminares muestran que puede ser efectivo en el caso de úlceras pépticas y sangrados difusos de tejidos frágiles.

OBJETIVO: Valorar la eficacia y seguridad de Hemospray® como nueva técnica endoscópica hemostática en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemospray® es un dispositivo de uso individual con polvo inorgánico que se aplica a través de un catéter que se introduce por el canal de trabajo del endoscopio. Los datos clínicos y evolución han sido recogidos de forma retrospectiva. Se incluyeron 8 pacientes consecutivos tratados con Hemospray® entre Enero y Agosto de 2014.

RESULTADOS: Edad media de 72 años, siendo 7/8 pacientes varones con hemorragia refractaria a tratamiento endoscópico convencional cuya indicación fue: escara postdisección submucosa endoscópica (2), escara mucosectomía, gastritis rádica, úlcera gástrica, postesfinterotomía, postpolipectomía gástrica y colónica. Se consiguió control inicial del sangrado en 7/8 pacientes, con una tasa de resangrado durante el primer mes 2/8, precisando nuevo tratamiento (argón y embolización). El resangrado no se relacionó con la presencia de anticoagulación o antiagregación. No existieron datos de complicaciones asociadas, ni dificultades en el empleo del dispositivo.

CONCLUSIONES: Hemospray® se presenta como una opción de tratamiento endoscópico de rescate en la hemorragia digestiva ya sea por dificultad técnica de tratamiento o por fracaso de técnicas convencionales endoscópicas, presentando una adecuada eficacia y seguridad, siendo aplicable a hemorragia de origen alto y bajo.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-067

TRATAMIENTO DE LAS ECTASIAS VASCULARES ANTRALES MEDIANTE ABLACIÓN MUCOSA POR RADIOFRECUENCIA

Díez Redondo, Pilar; Núñez Rodríguez, Henar; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda Castillo, Manuel
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Las ectasias vasculares antrales (EVA) pueden originar sangrado digestivo alto o anemia crónica. El argón es el tratamiento endoscópico habitual, pero tiene una alta tasa de erradicación incompleta y/o recidiva. La ablación con radiofrecuencia (RF) se ha empleado con éxito para tratar lesiones vasculares rectales, habiéndose descrito su eficacia en series pequeñas de EVA.

ENDOSCOPIA: Tres pacientes con EVA severa con anemia ferropénica asociada en dos a melenas, un caso con fracaso previo de tratamiento con argón: varón 56 años y dos mujeres 80 y 92 años, sin antecedentes de interés. Todos recibieron transfusiones sanguíneas repetidas, media: 7.3 (4-12) CH/ paciente, e ingresos hospitalarios repetidos. Endoscópicamente: lesiones vasculares reticulares cubriendo antro y píloro, con sangrado espontáneo. Se decidió ablación mucosa mediante sistema RF Halo 90º (Covidien GI Solutions, California, USA) aplicando, dos pulsos de energía, 12 jul/cm^2 y 40 W/cm^2, por área, contactando el catéter a la mucosa mediante aspiración y maniobras de rotación. El catéter se montaba sobre la punta del gastroscopio a las 12 horas y, posteriormente, tras su extracción se limpiaba y rotaba a las 6 horas para facilitar la ablación completa. Precisaron 2-3 sesiones para suspender transfusiones sanguíneas. Intervalo entre cada sesión: 6 semanas. Finalizamos el tratamiento endoscópico tras 3.6 sesiones de media (3-4) al conseguir estabilidad hemodinámica, hemoglobina media 3 puntos superior a la basal y disminución de las lesiones mucosas. No se produjeron complicaciones.

COMENTARIOS: La RF parece un tratamiento seguro, sencillo y eficaz de las EVA extensas.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-068

SELLADO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GÁSTRICA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA CON SISTEMA OVESCO

Castellot Martín, Ana; Caballero Díaz, Yurena; López-Tomassetti Fernández, Eudaldo; Sosa De La Nuez, Víctor; Lorente Arencibia, María; Betancor Hernández, Leticia; Cruz Bonilla, Ana; Ivanytska, Olena; Sierra Hernández, Ángel
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN: La obesidad es un problema de salud emergente. La gastrectomía tubular por laparoscopia es una técnica segura no exenta de complicaciones. La fístula de la línea de sección gástrica es la complicación más frecuente y difícil de tratar. El tratamiento de las complicaciones suele requerir reintervención.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Presentamos el caso de un paciente varón de 29 años (IMC=51) sin comorbilidad asociada al que se le realiza una gastrectomía tubular laparoscópica. En el día 9 del postoperatorio acude por dolor abdominal y leucocitosis realizando TAC en el que se observa fuga del borde proximal de la línea de grapas y colección perigástrica que no mejora con tratamiento conservador (drenaje perigástrico). En endoscopia se identifica orificio de unos 6 mm en borde superior de la línea de grapas de la sección gástrica. Se realiza coagulación con argón de los bordes del orificio y se coloca un clip Ovesco con aspiración. En TAC de control se comprueba disminución de la colección y cierre de la fístula a la semana del procedimiento. Tres meses después el paciente sigue estable, con una pérdida ponderal de 64 Kg. Por endoscopia se sigue indentificando el clip ovesco 5 meses después.

CONCLUSIONES: El manejo endoscópico con el ovesco evita la necesidad de reintervención quirúrgica, que en muchos casos sería una gastrectomía total, lo que disminuye la morbi-mortalidad de esta patología. El tratamiento endoscópico de complicaciones de cirugía bariátrica es una opción terapéutica adecuada. El abordaje de estos pacientes debe ser multidisciplinar.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-069

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER ASOCIADA A CARCINOMA GÁSTRICO

Martínez Pérez, Teresa De Jesús; Valiente González, Laura; Jiménez Martínez, Yolanda; Gómez Ruiz, Carmen Julia; Pérez García, José Ignacio; Martínez Fernández, Raquel; García-Cano Lizcano, Jesús; Morillas Ariño, Julia; Pérez Vigara, Gracia; Viñuelas Chicano, Mirian; Pérez Sola, Ángel
Hospital Virgen De La Luz, Cuenca

INTRODUCCIÓN: Varón de 32 años con epigastralgia, vómitos y pérdida de 9 Kg. En la gastroscopia se encuentran pliegues gástricos engrosados. En la ecoendoscopia y TAC se visualiza engrosamiento de pared gástrica de cuerpo. Se realizan biopsias, macrobiopsias y PAAF informadas como hiperplasia foveolar y discreto infiltrado inflamatorio crónico con leves signos de actividad, sin malignidad, sugestivos de enfermedad de Ménétrier. Presenta *Helicobacter Pylori* positivo, que se erradica. Al primer, tercer y quinto mes del diagnóstico se repite macrobiopsias y PAAF con los mismos resultados. Al sexto mes empeoramiento clínico con elevación de CA 19.9 (78,35) por lo que se repite gastroscopia.

ENDOSCOPIA:

GASTROSCOPIA: Engrosamiento de pliegues gástricos de antro y las biopsias muestran infiltración focal por Carcinoma pobremente diferenciado difuso con células en anillo de sello.

ECOENDOSCOPIA: Existe un engrosamiento difuso de la pared gástrica de cuerpo y antro proximal de claro aspecto patológico que afecta a las capas superficiales gástricas, mucosa, muscular mucosa y submucosa (T2), adenopatias de aspecto patológico y abundante cantidad de liquido libre.

COMENTARIOS: La Enfermedad de Ménétrier (EM) se caracteriza por la por la presencia de pliegues gástricos engrosados, afectando típicamente a cuerpo y fundus. La etiología permanece desconocida, postulándose el *Helicobacter Pylori* como posible factor. El riesgo de adenocarcinoma gástrico en la EM es incierto y oscila entre 2-15%. Dado el pequeño número de casos publicados se nos plantea la duda de si la evolución precoz de la EM hacia la malignización es posible o si es un cáncer coincidente.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-070

LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO TIPO MALT, IMAGEN ENDOSCÓPICA A PROPÓSITO DE UN CASO

García Paredes, Rocío; Gómez Lozano, María; Gajownik, Urzula; Marín, Carmen; Gallego, Blanca; Gómez, Rosa; García, Daniel; Del Val, Blanca; Egea, Esperanza; Martínez, Juan José
HGU Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN: Los linfomas gástricos primarios representan el 5% de todas las neoplasicas gástricas malignas El linfoma gástrico es el más frecuente de los linfomas extraintestinales pero no es común dentro de las patologías oncológicas gástricas. Las causas suelen ser multifactoriales, no existiendo una causa determinada, aunque parece estar asociado a la inflamación crónica provocada por bacteria Helicobacter Pylori. La clínica es inespecífica, el tratamiento no está bien establecido y el manejo es multidisciplinar.

ENDOSCOPIA: Varón de 82 años que en los últimos 4 días presenta astenia y heces oscuras-negras. En la exploración,palidez mucocutánea y Hb 8.1 mg/dl. Realizamos esofagogastroscopia observando esófago normal y en cavidad gástrica, visualizamos en cuerpo medio-bajo, pliegues prominentes con lesión de aspecto submucoso ulcerada con fibrina en superficie, sin signos de sangrado activo y consistencia dura a la toma de biopsia. Resto de exploración normal. El paciente evoluciona favorablemente y el estudio histológico confirma que se trata de un linfoma NH, de células B tipo MALT e infección activa por HP.

COMENTARIOS: El diagnóstico se realiza mediante endoscopia con toma de biopsia, como en nuestro caso. Ante el diagnóstico de MALT gástrico, evaluar la posibilidad de una infección por H. Pylori, ya que si se confirma y el tumor esta localizado en la pared gástrica como le sucede a nuestro paciente, el tratamiento de elección es la erradicación del microorganismo, consiguiéndola en el 85-95% de los casos y la remisión completa del linfoma en un alto porcentaje (60-100%).

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-071

FISTULIZACIÓN A DUODENO DE PROTESIS AÓRTICA ABSCESIFICADA

Chacchi Cahuín, Rocío; Dolz Abadía, Carlos; Vilella Martorell, Ángels; Andreu Serra, Hernán; Balza Lareu, Nelly; Escudero Roldán, María; Garau Colom, Catalina; Rull Murillo, Nuria; Riera Oliver, Joan; Brotons García, Álvaro; Amado Villanueva, Natalia
Hospital Son Llatzer, Mallorca

INTRODUCCIÓN: La infección de la prótesis aórtica (IPAo) es una complicación presente hasta en el 1,17% de los pacientes sometidos a reparación endovascular. De diagnóstico difícil al manifestarse de forma insidiosa con dolor abdominal, anemia, fiebre y émbolos sépticos semanas o años después de la cirugía.

CASO CLÍNICO: Varón de 54 años, que requirió un By-pass aorto-femoral en 2008 por Sindrome de Leriche. Bacteriemia por *Streptococcus milleri (2012)* y desbridamiento quirúrgico de absceso en vasto interno derecho (2013). En Setiembre de 2014, el paciente acudió a Urgencias por fiebre de dos días (38.5º C) y dolor en la zona interna del muslo izquierdo. En analítica presentaba leucocitosis y PCR superior a 320 mg/L. Hemocultivos positivos a *Streptococcus* y *Klebsiella pneumoniae*. Se realizó ecografía de partes blandas, evidenciando miositis y microabscesos musculares en el músculo adductor largo y recto anterior, además fascitis profunda en el músculo adductor largo. En la gastroscopia se evidenció fistulización a duodeno de la protesis aórtica abscesificada. Se instauró tratamiento antibiótico y se remitió para la extracción de la prótesis aórtica.

DISCUSIÓN: La fistula aortoentérica supone otra causa de IPAo, aparece en un 0,3 a 1,6%, producida por erosión de la pared aórtica y la 3° ó 4° porción del duodeno debido a infección o deterioro mecánico de la endoprótesis. El diagnóstico de las IPAo se realiza por TAC abdominal (colecciones líquidas periinjerto y alteración de la densidad de los tejidos blandos (músculos psoas e iliaco)). La gastroscopia confirma el diagnóstico si la prótesis es observada.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-072

ÚLCERA ESOFÁGICA POR ARGININA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gajownik, Urszula; Egea Simón, Esperanza; Marín Bernabé, Carmen María; García Belmonte, Daniel; García Paredes, Rocío; Gómez Lozano, María; Nicolas De Prado, Isabel; Rodríguez Lozano, Francisco Javier; García Albert, Ana María; Gómez Espín, Rosa; Martínez Crespo, Juan José

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN: Las lesiones esofágicas inducidas por medicamentos, también llamadas úlceras por píldoras (Pills ulcers) se producen mediante la ingestión de medicamentos, los cuales ocasionan irritación y daño local en la mucosa esofágica. La incidencia de esofagitis inducida por fármacos ha aumentado en los últimos años por el incremento de la utilización de los fármacos y la automedicación. La arginina es un aminoácido esencial utilizado como suplemento en la dieta, que puede producir dolor abdominal y empeorar la ERGE, pero no se han descrito casos con úlceras esofágicas.

ENDOSCOPIA: Un varón de 24 años, deportista semiprofesional sin antecedentes personales, consulta en Urgencias por dolor retroesternal y disfagia, tras haber tomado hace varias horas un comprimido de Arginina. Se realiza la esofagogastroscopia visualizando en el tercio medio esofágico una úlcera redondeada de 2 mm de diámetro con fondo fibrinado (figura 1), con facilidad de sangrado al roce del endoscopio y rodeada de una mucosa edematizada y friable. Tras dos semanas se repite la exploración sin objetivar alteraciones.

COMENTARIOS: Las lesiones esofágicas producidas por la toma de fármacos son una complicación infrecuente en la práctica clínica. Se han identificado más de 100 medicamentos causantes de este efecto adverso. El caso clínico presentado representa claramente la relación de la arginina con este tipo de úlceras. Esto sugiere que incluso los suplementos alimenticios, y no solo fármacos, pueden producir estas complicaciones.

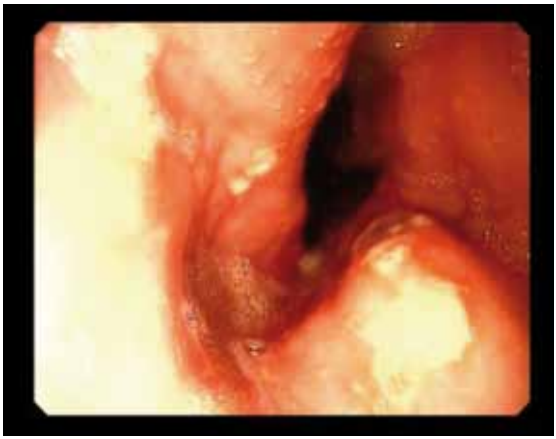


Figura 1.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-073

TUMOR GÁSTRICO DE CÉLULAS GRANULARES: UN TUMOR INFRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

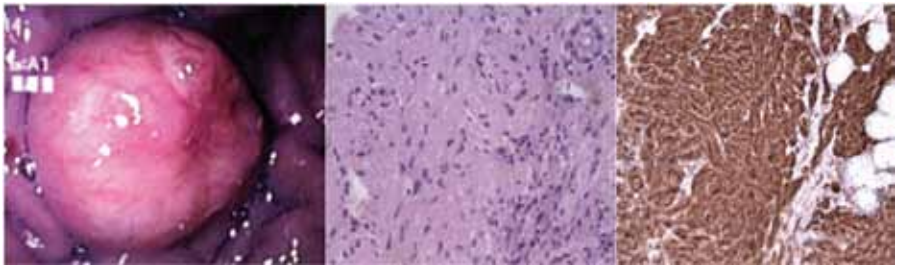
Maraver Zamora, Marta; Bejarano García, Ana; Talavera Fabuel, Aurora; Ramos Lora, Manuel; Maraver García, Antonio
Complejo Hospitalario De Huelva, Huelva

INTRODUCCIÓN: Mujer, 46 años. Tres meses de epigastralgia post-pandrial, síncopes de repetición y anemia. Disnea progresiva a moderados esfuerzos y síndrome constitucional. Tos expectorante. Hemoglobina 11.6 g/dL, 10590 leucocitos/mL. PCR 0.32, VSG 11, VIH negativo. AFP normal. CEA 29.2 ng/mL, CA 15.5: 97.81U/nL, CA19.9 > 10000 U/mL, CA 125: 145.3 U/mL (Elevados). PaO2 94%. TAC toracoabdominal con contraste: Múltiples nódulos arrosariados intersticiales en septos interlobulillares, intersticio subpleural y peribroncovascular. Probable linfangitis carcinomatosa.

ENDOSCOPIA: Lesión submucosa subcentimétrica en pliegue gástrico de curvatura mayor, con pequeña hendidura apical que se biopsia: Tumor de células granulares.

Fibrobroncoscopia: Normal; Biopsias ciegas: Adenocarcinoma broncoalveolar mucinoso.

COMENTARIOS: El tumor de células granulares (TCG) es difícil de encontrar en práctica clínica (0.5%), de curso normalmente benigno (98%) y localización versátil, aunque la gastrointestinal es inusual. Sólo 8% de los TCGs son de tracto digestivo superior, principalmente esófago e intestino delgado. El gástrico es anecdótico y el 50% asocian lesiones síncronas esofágicas u otras neoplasias benignas o malignas (como nuestro caso). Endoscópicamente: submucosos con área blanquecina hemisférica hendida que recuerda a un "diente molar". Histológicamente conforman nidos compactos de células fusiformes-poligonales con gránulos eosinofílicos en su citoplasma. Inmunohistoquímica positiva para S-100 y enolasa neuroespecífica sugiriendo origen en células de Schwann. La expresión de p53 y Ki-67 alerta malignidad (2%). Aún siendo de pequeños son muy sintomáticos (dispepsia, hemorragia gastrointestinal…). La ecoendoscopia permite valorar la indemnidad de la pared: si confinado a muscularis propia, es potencialmente resecable endoscópicamente. Ante sospecha de infiltración focal, la resección quirúrgica es de elección.



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-074

GASTROPLASTIA EN MANGA VÍA ENDOSCÓPICA USANDO UN MÉTODO DE SUTURA MODIFICADO

López-Nava Breviere, Gontrand; Bautista-Castaño, Inmaculada; Jiménez-Baños, Amaya; Fernández-Corbelle, Juan Pedro
Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid

INTRODUCCIÓN: En los últimos años han emergido y se han desarrollado nuevas técnicas y estrategias para el tratamiento endoscópico de la obesidad, entre las que se encuentran la Gastroplastia en manga vía endoscópica (método APOLLO), como alternativa a la cirugía de la obesidad.

Presentamos la técnica, a raíz de los primeros casos realizados en Europa. La gastroplastia endoscópica en manga consiste en suturar la cavidad gástrica para crear un lumen tubular a lo largo de la curvatura menor, con la curvatura mayor reemplazada por una línea de suturas, que pretende no sólo reducir el diámetro del estómago, sino también acortarlo sustancialmente para aumentar su efecto restrictivo.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: La reducción comienza en el cuerpo gástrico suturando de distal a proximal, comenzando en la incisura angular y finalizando en el fundus. Se realiza un patrón de sutura triangular que incluye pared anterior, la curvatura mayor, y, finalmente, la pared posterior. Se utilizan unas 6-8 suturas, transmurales, y se realiza con endoscopio de doble canal, CO2 y el dispositivo de Apollo, montado en la punta del endoscopio.

El postoperatorio inmediato incluye una noche de ingreso en observación. El seguimiento postprocedimiento incluye asesoramiento muy estrecho a nivel nutricional, psicológico y de actividad física.

CONCLUSIONES: La gastroplastia endoscópica en manga que presentamos, es un tratamiento endoscópico coadyuvante de la obesidad, seguro y reproducible, y acaba recientemente de ser aceptada nuestra serie para su inminente publicación en Endoscopy.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-075

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO REITERADO EN ESTENOSIS ESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA DE CAÚSTICOS

Sevilla Cáceres, Laura; Torregrosa Lloret, María; Sastre Lozano, Violeta; Martín Ibáñez, José Juan; Candel Erenas, José Miguel; Romero Cara, Patricia; Maté Ambélez, Ana; Morán Sánchez, Senador
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un varón de 58 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en nuestro servicio, tras ingesta de ácido clorhídrico con fines autolíticos.

ENDOSCOPIA:

- Se realiza una ***primera endoscopia digestiva alta***: un esófago recubierto por fibrina, visualizando áreas de necrosis parcheada. En estómago, se aprecian múltiples restos de fibrina que tapizan la mayor parte de la mucosa con zonas necróticas.
- ***Endoscopia digestiva alta de control***, a las 3 semanas de su ingreso: la mucosa esofágica se muestra cicatricial y pálida desde tercio proximal, encontrando a 38 cm de arcada dentaria una estenosis de 3 cm que deja una luz de 6 mm, procediendo a la dilatación endoscópica con balón neumático. La mucosa de fundus y cuerpo presenta un aspecto cicatricial, con puentes mucosos.

Evolución clínica: El paciente permanece ingresado durante dos meses, con reintroducción progresiva de la dieta. Al mes de su ingreso, consulta por intolerancia oral, siendo necesaria la realización de una nueva dilatación hidroneumática de la estenosis esofágica. Posteriormente ha requerido hasta 3 nuevas dilataciones en un intervalo de 7 meses, siendo derivado a consulta de cirugía para valorar la opción quirúrgica.

COMENTARIOS: La ingesta de sustancias causticas constituye una urgencia médica que puede originar un amplio espectro de lesiones potencialmente graves a corto plazo. Una de sus principales complicaciones son las estenosis, no existiendo ningún tratamiento para poder evitarlas, por lo que una vez establecidas, su tratamiento será endoscópico o quirúrgico, si fracasa el anterior.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-076

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE ANILLA DE GASTROPLASTIA VERTICAL MIGRADA

Enciso Coloma, Carlos; Marra-López Valenciano, Carlos; Oribe Calzada, Aitor; Spiçakova, Katerina; Ramírez De La Piscina Urraca, Patricina; Duca, Ileana; Zozaya Laregui, Franc; Irazabal Remuinan, Nahikari; Urtasun Arlegui, Leire; Ganchegui Aguirre, Idoia; Campos Ruíz, Amaia

Hospital Universitario Álava, Vitoria

Paciente de 73 años. En 1997 se le practicó una gastroplastia vertical anillada (GVA) por obesidad mórbida según técnica de Masson utilizando una anilla de GORETEX de 5 cms de diámetro. Posteriormente debido a ganancia de peso incontrolable fue sometida a un By-Pass gastrointestinal con preservación gástrica sin retirada de la anilla.

La paciente presentó una HDA grave motivo. En la gastroscopia descubriéndose que la anilla había migrado parcialmente a la luz gástrica.

Nos fue remitida desde su hospital para intentar su extracción.

Le practicamos una nueva gastroscopia en la que se apreció que la anilla colgaba de la pared gástrica por un amplio puente mucoso. Inicialmente se intentó su extracción seccionándola con el papilotomo de precorte sin éxito. En un segundo tiempo conseguimos extraerla utilizando la siguiente técnica ya descrita en la literatura.

1º Pase por el interior de la anilla de una guía de alto deslizamiento Jagwire de 450 mm montada sobre un catéter de CPRE.

2º Retirada y reintroducción en paralelo del endoscopio.

3º Atrapamiento y exteriorización del extremo distal de la guía.

4º Introducción de sus dos extremos por el interior de la vaina metálica del litotriptor.

5º Sección con control endoscópico mediante tracción accionando el litotriptor.

6º Extracción con pinza de biopsias.

La migración parcial de la anilla tras GVA puede originar diversa sintomatología: reganancia de peso, vómitos por obstrucción gástrica y HDA. La técnica que realizamos esta descrita por varios autores si bien se ha utilizado mayoritariamente en pacientes portadores de banda ajustable.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-077

COMPLICACIÓN TARDÍA DE UNA VARIANTE QUIRÚRGICA DEL BILLROTH II

Jamanca Poma, Yuliana; Revilla Morato, Cristina; Umaña Mejía, Josue; Velasco Guardado, Antonio; Mora Soler, Ana; Acosta Materán, Rosa; Pérez Corte, Daniel; Marcos Prieto, Hector; Rodríguez Pérez, Antonio
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

INTRODUCCIÓN: Una de las técnicas empleadas en el tratamiento del cáncer gástrico avanzado es la cirugía tipo Billroth II, siendo una de sus variantes técnicas la de Balfour-Krolein donde se emplea toda la boca gástrica para la anastomosis con el yeyuno que es pasado a través de un orificio en posición antecólica. Caso: Mujer de 85 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico T3N0M0 intervenido mediante una gastrectomía tipo Billroth II Balfour Krolein hace dos años. Ingresó por cuadro de vómitos biliosos y dolor abdominal. Los hallazgos en el TAC sugirían pseudoobstrucción intestinal. Se solicita estudio endoscópico por deposiciones oscuras.

ENDOSCOPIA: Gastrectomía parcial con abundante contenido bilioso, sin poder definir tipo de reconstrucción, ya que presentaba varías comunicaciones entre asas desde neoboca formando un sistema complicado de túneles, en una de las asas presentaba úlceras profundas; se tomaron biopsias. El estudio histopatológico fue compatible con isquemia intestinal. Posteriormente la paciente presentó cuadro de hemorragia digestiva alta con anemización, realizándose una segunda gastroscopia, donde se evidencia gran coágulo adherido en una de las úlceras del asa aferente descritas previamente. Se trató endoscópicamente, con buena evolución y desaparición de las lesiones ulceradas en endoscopia posterior.

COMENTARIOS: La isquemia de asas tras gastrectomía es muy rara y se asocia al tipo de cirugía, probablemente asociadas a un proceso obstructivo transitorio, lo que explicaría la resolución sin intervención quirúrgica. La exploración endoscópica completa de las asas en este tipo de cirugías es un procedimiento complicado que dificulta identificar las lesiones sangrantes cuando se producen.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y HEMORRAGIA

P-078

TILOSIS Y CÁNCER ESOFÁGICO, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Clemente Sánchez, Ana; González Asanza, Cecilia; Padilla Suárez, Camilo; García Lledó, Javier; Nogales Rincón, Oscar; Merino Rodríguez, Beatriz; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro Luis

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: El cáncer esofágico en sus diferentes variantes histológicas, se asocia a diversos factores de riesgo ambientales conocidos. Asimismo, existen casos heredofamiliares siendo un ejemplo poco frecuente la entidad que asocia neoplasia esofágica e hiperqueratosis palmoplantar, conocida como tilosis o síndrome de Howel-Evans. Éste es un trastorno autosómico dominante cuyo gen responsable se localiza en el cromosoma 17q25 y en el cual la afectación cutánea se manifiesta habitualmente en la infancia-adolescencia precediendo al desarrollo de la neoplasia.

ENDOSCOPIA: Varón, 68 años, derivado para filiación histológica y colocación de prótesis esofágica sobre lesión de tercio medio esofágico con afectación locorregional diagnosticada por TC. Llamaba la atención una marcada hiperqueratosis palmoplantar, referida como de largo tiempo de evolución por el paciente, afirmando afectación similar en un hijo y en varios familiares, sin recordar antecedentes de neoplasia esofágica. Endoscópicamente, se llevó a cabo la colocación de una prótesis cubierta ante la expectativa de una posible intervención quirúrgica previo estadiaje, precisando posteriormente la colocación de una segunda prótesis metálica telescopada distalmente por migración parcial de la anterior. Ante la sospecha de una tilosis palmoplantar con neoplasia esofágica asociada, se derivó a la unidad de cáncer familiar, recomendándose cribado endoscópico en familiares afectados, según las guías más recientes.

COMENTARIOS: Se trata de un caso de carcinoma esofágico en el que la endoscopia fue el pilar clave para manejo sintomático. Además del beneficio endoscópico, la presentación de esta inusual entidad, permitió abrir una puerta para el futuro cribado en familiares con riesgo incrementado de esta neoplasia.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-079

CALPROTECTINA FECAL COMO PREDICTOR DE LESIONES EN INTESTINO DELGADO DIAGNOSTICADAS CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Egea Valenzuela, Juan; Alberca De Las Parras, Fernando; Álvarez Higueras, Francisco Javier; Estrella Diez, Esther; Jijon Crespin, Roxanna Elizabeth; Pereñiguez López, Ana; Sánchez Velasco, Eduardo; Serrano Jiménez, Andrés; Alajarin Cervera, Miriam; Ono, Akiko; Carballo Álvarez, Fernando

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: Los niveles de calprotectina fecal (CPF) son proporcionales a la actividad neutrofílica en luz intestinal, siendo este parámetro un marcador inflamatorio enteral útil. Se acepta su uso como predictor de patología colónica, para seleccionar aquellos pacientes que se beneficiarían de una colonoscopia, pero hay escasa evidencia de su utilidad en intestino delgado (ID).

OBJETIVO: Comprobar la capacidad de la calprotectina fecal para detectar lesiones en ID.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha recogido retrospectivamente 62 pacientes en los que se ha realizado una cápsula endoscópica (CE) de ID por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Todos tenían determinaciones de CPF y se habían sometido a una colonoscopia normal. Se excluyó a 3 pacientes por retención de la cápsula Patency. Se ha formado tres grupos: A, aquellos con CPF<50 µg/g; B, CPF: 50-100 µg/g; C, CPF>100 µg/g. Se ha estudiado la proporción de pacientes con lesiones en ID sugestivas de EII en cada grupo.

RESULTADOS: En el grupo A sólo 1 entre 10 pacientes (10%) presentó hallazgos sugestivos de EII. En el grupo B, 5 de 21 casos (23'8%) tuvieron lesiones significativas (una enteritis rádica, los demás sugestivos de EII). En el grupo C, 17 de 28 pacientes (60'7%) fueron diagnosticados de EII. Tomando un valor mayor de 50 µg/g como patológico, la CPF tiene una S: 95%, E: 24%, VPN: 90% y VPP: 43%. Con 100 µg/g como punto de corte, S: 77%, E: 70%, VPN: 83% y VPP: 61%.

CONCLUSIONES: La CPF es sensible pero inespecífica para predecir qué pacientes presentarán lesiones en ID tras colonoscopia normal. Aunque se suele tomar valores por encima de 50 µg/g como patológicos, y este punto de corte aporta buenas sensibilidad y VPN, probablemente en la práctica clínica sea más útil establecer el límite para indicar un estudio de CE en 100 µg/g.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-080

ENTEROSCOPIA DE BALÓN. PRINCIPALES INDICACIONES Y MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO EN LA PATOLOGÍA DE INTESTINO DELGADO EN NUESTRO CENTRO

Luzón Solanas, Lara; Uribarrena Amezaga, Rafael; Ollero Domenche, Leticia; Val Pérez, José; Artal Ortín, Aurelio; Frago Larramona, Santiago; Pardillos Tomé, Ana; Ruíz Belmonte, Lara María; Camo Monterde, Patricia

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN: La enteroscopia de balón (EB), ha demostrado ser superior a la enteroscopia oral de pulsión y permite evaluar el intestino delgado (ID) en su totalidad. Combinando vía oral y anal, las exploraciones completas llegan a 75%. La ventaja fundamental frente a la cápsula es la capacidad de diagnóstico anatomopatológico y terapéutica endoscópica del ID. Los hallazgos más frecuentes en algunas series son las erosiones o úlceras, malformaciones arterio-venosas seguidas de pólipos y tumores.

OBJETIVO: Evaluar las principales indicaciones de la enteroscopia de balón y el manejo diagnóstico-terapéutico en la patología de intestino delgado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo mediante revisión retrospectiva de historias clínicas. Revisamos las EB realizadas en un periodo comprendido entre octubre de 2011 y junio de 2014, con un total de 77 exploraciones en una muestra de 36 mujeres (46,8%) y 41 hombres (53,2%).

RESULTADOS: Las principales indicaciones fueron la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) seguido de la anemia crónica. Las lesiones más frecuentes fueron las angiodisplasias en 45 pacientes (58,4%), seguidas de úlceras. En relación a los procedimientos diagnósticos se realizó biopsia en 10 casos (13 %), y tatuaje en 11 (14,3%). En 31 (40,3%) pacientes no se realizó terapéutica, y en el resto lo más frecuente fue la coagulación con argón en 43 pacientes (55,8%).

CONCLUSIONES: La EB es una exploración dirigida y controlada de la totalidad del intestino delgado con posibilidad de obtener diagnósticos histológicos y realizar tratamiento endoscópico. En nuestra experiencia inicial, la indicación más común es la HDOO y el diagnóstico más frecuente las angiodisplasias, a las que se aplica como principal medida terapéutica la coagulación con argón.

HDOO	36,4%
Anemia	31,2%
Melenas	7,8%
HDB	5,2%
Sospecha de EII	5,2%
HDM	3,9%
Dolor abdominal	3,9%
Diarrea crónica	2,6%
Oclusión intestinal	2,6%
Sospecha malabsorción	1,3%

PRINCIPALES INDICACIONES EB

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-081

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS ENFERMOS CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA NORMAL, ¿SE LLEGA A UN DIAGNÓSTICOS DEFINITIVO?

Alcaide Suárez, Noelia; Velayos Jiménez, Benito; Aller De La Fuente, Rocío; Fernández Salazar, Luis; González Redondo, Guillermo; Berroa De La Rosa, Edel; Tafur Sánchez, Carla; Gómez De La Cuesta, Sara; Ruiz Rebollo, Lourdes; Del Olmo, Lourdes; González Hernández, José Manuel
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Es poco conocido el impacto de un resultado negativo tras la realización de una cápsula endoscópica (CE).

OBJETIVO: Determinar la evolución de los pacientes con una CE normal en términos de persistencia clínica, necesidad de estudios adicionales y diagnósticos mediante otras técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron 900 CE completas del año 2005 al 2011. Se consideraron sin hallazgos relevantes 159 (17.6%), excluyéndose aquellas en las que existían erosiones, aftas, úlceras, tumores, o lesiones causantes de hemorragia. Mediante entrevista telefónica se analizaron: persistencia de síntomas, realización de más pruebas relacionadas con el intestino delgado (ID), diagnóstico relacionado con el ID y diagnóstico final.

RESULTADOS: Se excluyeron 51 pacientes (éxitus, no localizables, rechazar participar). Edad media de los 109 restantes, 54 años (rango 17-96), 39.8% varones. Las indicaciones fueron hemorragia digestiva de origen oscuro visible (HDOOv) en el 28.7%, oculto (HDOOo) en el 44.4% y sospecha de enfermedad celiaca o Crohn (Cel-Cro) en el 26.9%. 61 enfermos (56.5%) continuaron con síntomas: 16 HDOOv (51.6%), 23 HDOOo (47.9%) y 22 cel-Cro (75.9%). En 9 pacientes (8,3 %) se realizaron más pruebas de ID. Se llegó a un diagnóstico definitivo en 31 pacientes (28.7%), origen en ID en 9 (8.3%): 1 Crohn, 3 celiacas, 4 angiodisplasias y 1 GIST. El resto de diagnósticos fueron 3 hernias de hiato, 1 carcinoma de ciego, 1 colitis microscópica, 1 colitis eosinofílica, 2 hemorragias diverticulares, 2 cirrosis, 8 trastornos funcionales y 4 no clasificables.

CONCLUSIONES: El 56,5% de los pacientes con CE normal presentan persistencia clínica. Un tercio llega a tener un diagnóstico definitivo, aunque en sólo el 8,3 % se sitúa en ID, la mitad de ellos accesibles a endoscopia convencional. Tras una CE normal, la mayoría de los diagnósticos se obtienen repitiendo gastroscopia y colonoscopia y valorando trastornos funcionales.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-082

INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DEL ENDOSCOPISTA EN EL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Alcaide, Noelia; Velayos Jiménez, Benito; Fernández Salazar, Luis; Aller De La Fuente, Rocío; González Redondo, Guillermo; Tafur Sánchez, Carla; Berroa De La Rosa, Edel; Macho Conesa, Ana; Lorenzo Pelayo, Sara; González Hernández, José Manuel
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La experiencia mínima establecida para alcanzar competencia en la interpretación de la cápsula endoscópica (CE) es variable.

OBJETIVO: Determinar si existen diferencias en el valor predictivo negativo (VPN) de las CEs informadas por los mismos endoscopistas a lo largo del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las 900 primeras CEs completas leídas por tres endoscopistas expertos y se dividieron en tres grupos: las 100 primeras de cada uno (grupo 1), las 100 segundas (grupo 2) y las 100 terceras (grupo 3). Entraron a consideración aquellas sin hallazgos relevantes, excluyéndose las que tenían erosiones, aftas, úlceras, tumores o cualquier lesión causante de hemorragia. Mediante entrevista telefónica se comparó si existían diferencias entre los grupos en la evolución de estos pacientes y en los posibles diagnósticos finales.

RESULTADOS: De las 300 CEs del grupo1 se consideraron normales 54 (18%), 58 (19.3%) en el grupo 2 y 47 (15.6%) en el grupo3, excluyéndose 20, 20 y 11, respectivamente, por éxitus, no localizables o rechazar participar. 57 años (17-82), 44.1% varones, 57 (20-96), 42.1%, 48 (24-74), 33.3%. Las indicaciones fueron hemorragia digestiva de origen oscuro visible en el 41.2%, 26.3% y 19.4% respectivamente; oculto en el 47.1%, 44.7% y 41.7% y sospecha de enfermedad celiaca o Crohn en el 11.8%, 28.9% y 38.9%. Continuaron con síntomas el 44.1%, 71.1% y 52.8%, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p=0.201). Se realizaron más pruebas del intestino delgado (ID) en 17.6%, 5.3% y 2.8% (p=0.055). Se llegó a un diagnóstico definitivo en 23.5%, 30% y 33.3% (p=0.663) y diagnóstico con origen en intestino delgado en 11.8%, 10.5% y 2.8% (p=0.330).

CONCLUSIONES: El VPN de la CE en términos de persistencia de síntomas y diagnósticos finales no varía con la experiencia en el tiempo del que la interpreta si éste es un endoscopista experimentado.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-083

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LAS INDICACIONES, RESULTADOS Y RELEVANCIA CLÍNICA DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Nogales Rincón, Óscar; González Asanza, Cecilia; San Juan Acosta, Mileidis; Lastra Andrade, Paola; Pérez Carazo, Leticia; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: La cápsula endoscópica constituye la herramienta diagnóstica de elección para el estudio del intestino delgado. Aunque la hemorragia digestiva de origen oscuro sigue siendo su principal indicación, cada vez son más sus indicaciones.

OBJETIVO:

1. Valorar los motivos de solicitud de cápsula más frecuentes en el área del hospital Gregorio Marañón durante nueve meses.
2. Analizar los resultados diagnósticos obtenidos durante periodo de estudio.
3. Valorar la rentabilidad clínica de la cápsula ya sea modificando diagnóstico y/o tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo longitudinal en el que se analizan las cápsulas endoscópicas (CAEN) realizadas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, desde octubre de 2013 hasta junio 2014 inclusive. Se registraron datos demográficos (incluyendo edad y sexo), motivo de solicitud de la prueba, diagnóstico final, así como la rentabilidad clínica de la prueba (modificando o no diagnóstico y/o tratamiento). La lectura de la cápsula se realizó por un único endoscopista.

RESULTADOS: En total se realizaron 216 CAEN: 30 *cápsulas Patency* y 186 *cápsulas Pillcam SB3 Given®*. De las SB3: 50,5% fueron varones (edad media 58,20 años) y 49,5% mujeres (edad media: 57,85).

Los motivos de petición más frecuentes fueron: anemia-ferropenia-SOH+ (44,1%), hemorragia de origen oscuro (HDOO) (20,4%), dolor abdominal-sospecha enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (10,2%).

Se encontraron alteraciones en 111 exploraciones (59,7%). Las más frecuentes fueron las lesiones vasculares (30,6%) seguidas de lesiones de EII (19,8%).

Los hallazgos de la CAEN fueron relevantes clínicamente en 86 exploraciones (46,2%), siendo los motivos de petición con mayor rentabilidad clínica la HDOO (60,5%) sin diferencias significativas entre sexos, y la anemia-ferropenia-SOH+ (52,4%) existiendo diferencias entre varones (61,9%) y mujeres (42,5%).

CONCLUSIONES: En nuestra serie la cápsula endoscópica obtuvo relevancia clínica en casi la mitad de las exploraciones realizadas, siendo especialmente útil en la hemorragia digestiva de origen incierto.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-084

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON LESIONES VASCULARES GASTROINTESTINALES IDENTIFICADAS MEDIANTE CÁPSULA ENDOSCÓPICA Y/O ENTEROSCOPIA

Acosta-Materán, Rosa [(1)]; González-Santiago, Jesús M [(2)]; Mora-Soler, Ana [(2)]; Revilla-Morato, C [(1)]; Pérez-Corte, D [(1)]; Prieto-Bermejo, Ana Beatriz [(1)]; Sánchez Garrido, A [(1)]; Piñero-Pérez, C [(1)]; Álvarez-Delgado, A [(1)]; Geijo-Martínez, F [(1)]; Rodríguez-Pérez, A [(1)]

[(1)] 1- Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. 2- Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca; [(2)] 1- Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. 2- Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca

INTRODUCCIÓN: Las lesiones vasculares del tracto gastrointestinal constituyen una causa muy prevalente de hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO). La cápsula endoscópica (CE) y la enteroscopia (E) pueden ser métodos diagnósticos complementarios.

OBJETIVO: Determinar características clínicas y factores de riesgo de los pacientes con angiodisplasias gastrointestinales (AG) tras realización de CE y/o E, así como analizar necesidades terapéuticas y tasa de resangrado en el primer año tras diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional en el que se incluyeron durante 24 meses (2011-2012) pacientes consecutivos con diagnóstico de AG tras CE y/o E con un periodo de seguimiento de 12 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 pacientes (edad media 62años, rango 45-73, con predominio de varones (56,7%). Comorbilidades más comunes: Cardiopatía crónica (37%) e insuficiencia renal crónica (32%). Se realizaron 34 estudios con CE y 8 estudios mediante E. Todos los explorados mediante E se realizaron tras CE y en 3 casos se detectaron lesiones no descritas en CE. Indicaciones de CE: HDOO de tipo oculto (64,8%), HDOO de tipo evidente (26,9%) y otras causas (8,2%). Distribución: Yeyuno (29,7%), íleon (10,8%), ciego (10,8%), estómago (8,1%), duodeno (5,4%). 15 pacientes (40,5%) precisaron suplementos de hierro (37,8% v.oral, 2,7% parenteral). En 10 casos (27%) el descenso de hemoglobina motivó transfusiones sanguíneas. El 29,7% de los pacientes precisó terapéutica con coagulación con plasma-argón; 73% accesible por E anterógrada o retrógrada y 27% restante mediante gastroscopia y/o colonoscopia. La tasa de resangrado fue del 27% (10/37), siendo preciso en dos casos nueva E terapéutica. Ningún caso requirió cirugía. No aparecieron complicaciones mayores.

CONCLUSIONES: La necesidad transfusional no disminuyó significativamente tras la terapéutica endoscópica. 1/3 de pacientes presentó un nuevo episodio de hemorragia digestiva durante el primer año de seguimiento en nuestra serie. Las comorbilidades más frecuentes (cardiopatía crónica e insuficiencia renal crónica) pueden explicar la tasa de resangrado.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-085

CPRE Y SEDACIÓN CON PROPOFOL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Ollero Domenche, Leticia; Luzon, Lara; Uribarrena, Rafael; Val, José; Sierra, Eva
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN: La administración de propofol por el endoscopista en exploraciones endoscópicas complejas permite un nivel de sedación óptimo con una baja incidencia de complicaciones.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de complicaciones en pacientes bajo sedación con propofol durante la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo que incluye 50 pacientes a los que se les realizó una CPRE entre Junio y Julio de 2014. La sedación se realizó únicamente con propofol administrada por el endoscopista y asistido por personal de enfermería entrenado. Se monitorizó la tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC) y saturación de oxígeno (Sat O2) antes, durante y al finalizar la exploración. Las complicaciones relacionadas con la sedación incluyeron: hipoxemia (Sat O2 < 90%), hipotensión (TA < 90 mmHg o caída > 25 mmHg), bradicardia (FC < 50 lpm) y otras menos frecuentes (laringoespasmo, apnea, taquicardia, hipertensión).

RESULTADOS: Los pacientes con edades comprendidas entre los 32 y 97 años fueron clasificados como ASA II y ASA III en el 60% y 32% de los casos respectivamente. En el 30% de las exploraciones la indicación fue por colangitis aguda según los criterios de la *Tokyo Guidelines* de 2013. La dosis total de propofol estuvo comprendida entre 80 y 800 mg. Doce pacientes presentaron alguna complicación atribuible a la sedación: hipoxemia (10%) que se resolvió, en 4 de los 5 pacientes, tras aumentar el del flujo de oxígeno (de 3 a 4-6 l/min) y realizando la maniobra frente-mentón; bradicardia (10%) administrándose atropina en 4 de los 5 casos; hipotensión en un paciente que se resolvió mediante la infusión de suero salino fisiológico 0.09%.

CONCLUSIONES: La incidencia de complicaciones fue de un 24% sin embargo, todas ellas fueron corregidas sin necesidad de finalizar precozmente la exploración y sin precisar maniobras invasivas (intubación orotraqueal).

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-086

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE TUMORES DIGESTIVOS

Espinel, Jesús; Aparicio, Marta; Pinedo, Eugenia; Fernández, Cristina
Hospital de León, León

INTRODUCCIÓN: Las metástasis cutáneas de tumores digestivos son raras. Suelen presentarse a nivel de la piel abdominal como placas o nódulos (ulcerados o no).

ENDOSCOPIA: ***Caso 1***. Paciente de 64 años diagnosticado de cáncer de páncreas que acude a revisión advirtiéndose un nódulo cutáneo abdominal de unos 2 cm. La eco evidencia una lesión sólida subcutánea de 2,1x1,6 cm de aspecto infiltrativo, sugestiva de metástasis cutánea de cáncer de páncreas.

Caso 2. Paciente de 79 años diagnosticada de adenocarcinoma gástrico que presenta varios nódulos excrecentes umbilicales. La biopsia reveló un adenocarcinoma.

COMENTARIOS: Presentamos 2 casos de lesiones metastásicas cutáneas abdominales de tumores digestivos (páncreas y estómago) localizados en piel abdominal y otro en región umbilical. La incidencia de tumor metastásico en la región umbilical secundario a tumoración intraabdominal es muy baja. El tumor primario que metastatiza con mayor frecuencia en la región umbilical en el hombre es el de estómago, seguido por el de colon, recto y páncreas. En la mujer, el más frecuente es el de ovario. La ruta metastásica de los tumores digestivos a la piel abdominal es variable: invasión directa, vascular (hemática, linfática) o, por remanentes embriológicos. La aparición de metástasis cutáneas de tumores digestivos empobrece el pronóstico.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-087

SÍNDROME BLUE-RUBBER-BLEB NEVUS COMO CAUSA DE ANEMIA REFRACTARIA

Pérez Enciso, Irene; Fernández Diez, Servando; García Mancebo, Carlos; Ayllon Cano, Sonia; Megia Sánchez, María; Zaratain Valles, Ana; Rey, Enrique.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Blue Rubber Bleb Nevus (BRBNS) es una enfermedad poco frecuente caracterizada por malformaciones venosas multifocales que afectan predominantemente a la piel, tejidos blandos y tracto gastrointestinal.

Las lesiones intestinales aparecen a todos los niveles, siendo la localización más frecuente el intestino delgado y condicionan hemorragia digestiva oculta y un cuadro de anemia crónica.

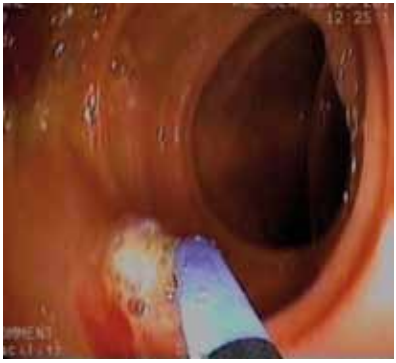
CASO CLÍNICO: Varón de 19 años de edad con antecedentes personales de linfagioma quístico cervical intervenido y con anemia ferropénica crónica secundaria a sangrado digestivo. Diagnosticado de BRBNS a los 5 años con múltiples lesiones vasculares con afectación cutáneo-mucosa, hepática y gastrointestinal, e invaginación intestinal con cuadro obstructivo secundario a los 9 años, realizándose enterotomía con extirpación de múltiples lesiones.

Se realiza enteroscopia progresando hasta yeyuno distal. Se identifican múltiples lesiones angiomatosas de entre 4 mm y 4 cm, de consistencia blanda, algunas de ellas planas y otras sobreelevadas y nodulares.

Se realiza coagulación con plasma Argón (50W; 2.0 L/m) previa inyección en la base de NA diluida, sin complicaciones inmediatas y con buena evolución posterior.

COMENTARIOS: El diagnóstico del BRBNS se realiza por la asociación de lesiones cutáneas características, anemia crónica y la demostración de lesiones vasculares intestinales por endoscopia.

El tratamiento de las lesiones del tracto gastrointestinal es multidisciplinar combinando técnicas endoscópicas y quirúrgicas, que disminuyen las transfusiones y mejoran la calidad de vida de los pacientes. Se han descrito diversos tratamientos por vía endoscópica como la resección, la escleroterapia, la ligadura con bandas y la coagulación con plasma argón.



INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-088

OBSTRUCCIÓN INTERMITENTE DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA YEYUNAL DETECTADO POR ENTEROSCOPIA

Huergo Fernández, Adrián; Fernández Cadenas, Fernando; Amor Martín, Pedro; Álvarez Posadilla, Marta; Milla Crespo, Ana Isabel; Sánchez Fernández, Ramón; Pozo Fidalgo, Faustino

Hospital Álvarez-Buylla, Mieres del Camino

CASO CLÍNICO: Varón de 81 años remitido por dolor abdominal y vómitos intermitentes "en posos de café". Refería disconfort epigástrico y plenitud postpandrial en el último mes, por lo que había realizado una gastroscopia ambulatorio donde solo se le detectó un esófago de Barrett.

Durante el ingreso se repitió la gastroscopia, completando los estudios con una colonoscopia, un TC toracoabdominopélvico con contraste y un tránsito intestinal, sin detectar anomalías que justificasen el cuadro clínico. Por ello se decidió realizar una enteroscopia, visualizando en yeyuno proximal una estenosis concéntrica de aspecto infiltrativo que no permitía el paso del enteroscopio (figura 1 y 2); se tomaron muestras, confirmando las biopsias la presencia de un adenocarcinoma yeyunal infiltrante.

COMENTARIOS: Las lesiones primarias del intestino delgado son poco frecuentes, estimando una incidencia del 3% de todas las neoplasias del tubo digestivo. El adenocarcinoma representa el 24-40% de todas las neoplasias del intestino delgado, con predilección por la afectación duodenal. Los síntomas son inespecíficos, por lo que se suele diagnosticar en estadios avanzados.

En el caso expuesto la clínica de obstrucción intermitente al vaciamiento gástrico frente a toda una batería de pruebas de imagen normales, nos llevó a realizar una enteroscopia exploradora que detecto la lesión subyacente. Por ello, proponemos situar a la enteroscopia como una prueba inicial en este tipo de situaciones, con el fin de establecer pautas diagnósticas más eficaces.

Figura 1. Lesión infiltratriva en yeyuno proximal con estenosis parcial

Figura 2. Detalle de la lesión, visualizando una estenosis corta permeable

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-089

AMILOIDOSIS INTESTINAL FOCAL

Martos Vizcaíno, Esperanza; Díaz Tasende, José Benjamín; Piedracoba Cadahía, Carlos; Marín Gabriel, José Carlos; López Alonso, Guadalupe; Pérez Carreras, Mercedes; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Castellano Tortajada, Gregorio
Hospital 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: El depósito focal y aislado de proteína amiloide en el tracto gastrointestinal es una entidad muy poco frecuente.

ENDOSCOPIA: Se trata de un varón de 52 años, con antecedentes de diverticulitis agudas de repetición que precisó sigmoidectomía. En una gastroscopia se detectó una sobreelevación eritematosa plano-elevada de unos 10 mm de diámetro en la segunda porción duodenal. El estudio histopatológico detectó depósito de sustancia amiloide AL+ con positividad inespecífica para cadenas Kappa y lambda, sin apreciar depósito amiloide en esófago, estómago ni el resto del duodeno. El estudio cardiológico, renal e inmunoelectroforético no confirmó la presencia de un proceso hematológico o sistémico asociado. Dos meses más tarde se repitió la exploración apreciando cambios cicatriciales, sin evidencia de depósito amiloide a ese nivel, ni en biopsias aleatorias perilesionales, gástricas y cólicas. El estudio mediante capsuloscopia no detectó nuevas lesiones.

COMENTARIOS: Se han descrito pocos casos de focos de amiloidosis aislada en la pared gastrointestinal, por lo que no se conoce su fisiopatología. Entre los hallazgos endoscópicos de la enfermedad se han descrito fragilidad mucosa intestinal, ulceraciones, erosiones, formaciones polipoideas o engrosamiento de pliegues. La evolución de nuestro caso, confirma la evidencia de descripciones previas que aconsejan una actitud conservadora.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-090

PÓLIPO DUODENAL HAMARTOMATOSO SOLITARIO

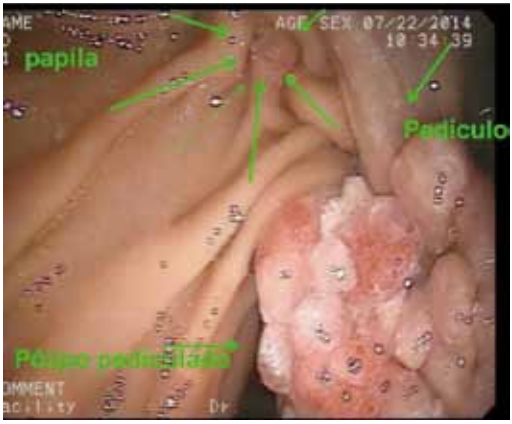
Ganoza Paredes, Mónica Giuliana; Castellano López, Amelia; De Frutos Rosa, Diego; Kheiri Vásquez, Sandra; Santos Rodríguez, Andrés; Moral Cebrián, Ignacio; Beceiro Pedreño, Inmaculada; Barbero Villares, Almudena; Poves, Elvira
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN: Los pólipos hamartomatosos son proliferaciones de células maduras, constituidos por criptas y vellosidades irregulares revestidas por epitelio normotípico, bien diferenciado, con enterocitos y células caliciformes.

Suelen presentarse en entidades polipósicas como el síndrome de Peutz-Jeghers y la poliposis juvenil, con localización predominante en intestino delgado aunque pueden encontrarse en estómago e intestino grueso.

Mujer de 46 años sin antecedentes de importancia en estudio por anemia ferropénica. No hallazgos relevantes en exploración física.

ENDOSCOPIA:



Gastroscopia: En segunda porción duodenal, masa polipoidea de más de 3 cm en zona ampular.

Colonoscopia: Sin alteraciones.

Ecoendoscopia: En segunda porción, en zona ampular, masa polipoidea de unos 3-4 cm que respeta la muscular propia de la pared y no dilata vía biliar ni Wirsung.

Duodenoscopia: Papila de aspecto normal, a 3 mm de ella se localiza base de la lesión polipoidea de 4 cm, que se extirpa con asa.

Anatomía Patológica: Pólipo hamartomatosos duodenal (Tipo Peutz-Jeghers).

COMENTARIOS: Los pólipos hamartomatosos solitarios tipo Peutz Jeghers, sin historia familiar ni hiperpigmentation muco-cutánea, son una entidad rara que puede presentar las complicaciones intestinales del Síndrome de Peutz Jeghers como hemorragias, invaginaciones, suboclusiones entre otros.

Estos pacientes no presentan riesgo aumentado de cáncer gastrointestinal y no precisan seguimientos periódicos.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-091

LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA ES UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA ÚTIL EN SÍNDROME DE POLIPOSIS HIPERPLÁSICA

Estrella Diez, Esther; Egea Valenzuela, Juan; Alberca De Las Parras, Fernando; Álvarez Higuera, Francisco Javier; Alajarin Cervera, María; Ono Ono, Akiko; Muñoz Tornero, María; Navarro Noguera, Elena; Jijón Crespin, Roxanna Elizabeth; Carballo Álvarez, Fernando
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, El Palmar

Hombre de 64 años sin antecedentes de interés, derivado a nuestra consulta por sangre oculta en heces positiva. Se realiza Rectocolonoscopia completa resecándose 15 pólipos sésiles y 2 planos, de 6 y 10 mm de diámetro. La histología describe 15 pólipos hiperplásicos y 2 adenomatosos con displasia de bajo grado. En la gastroscopia se extirpan dos pólipos con hiperplasia incipiente. En control colonoscópico se extirpan 7 pólipos de 3-5 mm, cuatro con histología de hiperplásicos, dos adenoma tubular con displasia de bajo grado y uno serrado con características de adenoma. El estudio genético es positivo para gen APC c.731 g>A, variante de significado incierto. En nueva colonoscopia se quitan dos pólipos hiperplásicos.

Ante los hallazgos realizamos cápsula endoscópica que objetiva en tramos proximales y medio de intestino delgado mucosa de aspecto normal; desde yeyuno distal e íleon numerosas lesiones poliploides planas, sésil y pediculados entre 7-8 mm. En íleon terminal la afectación es mayor, con lesiones planas agrupadas que dan aspecto nodular a la mucosa, con mayor numero de pólipos y mayor tamaño.

En el síndrome de póliposis hiperplásica (SPH) se asocia a pólipos adenomatosos y serrados con factor de riesgo creciente para el cáncer colorrectal (CCR). La cápsula endoscópica es una útil herramienta para visualizar lesiones de intestino delgado como en nuestro paciente. Aunque no se ha establecido el protocolo de seguimiento y revisión de los pacientes con SPH, dejamos evidenciado que la cápsula endoscópica debe de incluirse en las pruebas diagnosticas para detectar lesiones pre-maligna precozmente.

INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, CÁPSULA, OTROS (SEDACIÓN,...)

P-092

COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN UNA PACIENTE CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE CROHN

Díaz Roca, Ana Belén; Bautista Henríquez, Michelle; Muñoz Villafranca, Carmen; Calderón García, Ángel; Blanco Sampascual, Sonia; Ruiz Eguiluz, Pablo; Ortiz De Zárate Sagastagoitia, Jone; Menéndez Blazquez, Fernando; Arreba González, Paz; Cabezudo Gil, Pilar; Orive Cura, Víctor Manuel.
Hospital De Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: La retención de la cápsula es una complicación poco habitual (1-4%), siendo la Enfermedad del Crohn (EC) la causa más frecuente. Generalmente cursa de forma asintomática y, aunque algunos casos se resuelven de forma espontánea, en ocasiones requiere de una intervención endoscópica o quirúrgica siendo menos probable que se solucione con tratamiento médico.

ENDOSCOPIA: Se trata de una mujer de 21 años que consulta por dolor abdominal, diarrea y absceso perianal recurrente. Se realizó estudio endoscópico (gastroscopia y colonoscopia con ileoscopia) siendo negativo. El tránsito intestinal observó un engrosamiento inespecífico del ileon terminal. En la analítica destacan una leve ferropenia, ASCA IgA positivos y calprotectina fecal de 263 mg/kg. Se solicitó estudio mediante cápsula objetivando una retención de la misma secundaria a una estenosis de la luz de aspecto inflamatorio a nivel del ileon. La retención se confirmó también posteriormente mediante radiografía simple de abdomen. Dado que la paciente se encontraba asintomática, se optó por mantener una actitud conservadora y se pautó tratamiento médico con prednisona 1mg/Kg y mercaptopurina 1,5 mg/Kg. A las tres semanas de comenzar el tratamiento, la paciente expulsó la cápsula sin incidencias.

COMENTARIOS: La cápsula es un procedimiento diagnóstico que ha demostrado ser superior a la entero-RM y a la TAC para el estudio de la afectación mucosa y se considera el gold standard para el estudio del intestino delgado. Es de elección en pacientes con sospecha de EC con ileoscopia y colonoscopia negativa y ausencia de estenosis conocida.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-093

SISTEMA ABIERTO DE SOLICITUD DE COLONOSCOPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez Menendez, María Arantzazu [1]; Barbón Remis, Esther [1]; Pérez Fernández, Javier [2]; Cuesta Fernández, Ezequiel [1]; Mata Peon, Mª Esther [1]; Bermudez Fernández, Sandra [1]; Mañana Canteli, Isabel [1]

[1] Fundación Hospital De Jove, Gijón; [2] Centro De Salud La Calzada, Gijón

INTRODUCCIÓN: En España el cáncer de colon es el segundo tumor que más muertes causa. La colonoscopia, con visualización de la mucosa y la extirpación de pólipos, puede prevenir el cáncer colorrectal.

OBJETIVO: Evaluar nuestros resultados tras la inclusión de un sistema abierto de solicitud de colonoscopias desde primaria y valorar una serie de indicadores de calidad previamente establecidos.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis transversal de 568 pacientes consecutivos, entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013, a los que se les solicitó una colonoscopia desde atención primaria por screening o por clínica. Se utilizó para la recogida de datos un protocolo diseñado específicamente.

RESULTADOS: En el periodo de estudio realizamos un total de 5948 colonoscopias, de las cuales 568 (9,5%) fueron solicitadas a través de atención primaria. En 275 casos (48,4% de total) la solicitud se realizó para diagnóstico, las restantes 293 (51,6%) fueron de screening. La mediana de edad fue de 58 años. La mediana de días para realizar la colonoscopia fue de 61 días (63 a ritmo normal y de 17 las preferentes). Se realizó intubación cecal en el 93,8%. El porcentaje de adenomas extirpados según el tipo de petición fue del 28,7% en diagnósticas y del 30,7% en las de screening. En 3 pacientes se observó una hemorragia postpolipectomia que se controló endoscópicamente. Se extirparon 11 pólipos malignizados en otros tantos pacientes y 11 neoplasias. La variables centro de salud que realiza la petición, tipo de demora, antecedentes familiares de CCR, intubación cecal, diagnóstico de neoplasia y edad resultaron con significación estadística en el análisis univariante al comparar peticiones diagnósticas o de screening.

CONCLUSIONES: La solicitud de colonoscopias a través de atención primaria, cumple los indicadores de calidad y constituye un método eficaz en el diagnóstico y screening del cáncer colorrectal.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-094

RELACIÓN ENTRE LA POSICIÓN HORARIA DE LA VÁLVULA ILEOCECAL Y LA FACILIDAD EN SU INTUBACIÓN

Velayos, Benito; González, Guillermo; Del Olmo, Lourdes; Muñoz, María Fe; Fernández, Luis; Alcaide, Noelia; Aller, Rocío; Ruiz, Lourdes; Macho, Ana; Gómez, Sara; González, José Manuel
Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La intubación ileal temprana es una meta a conseguir en la colonoscopia.

OBJETIVO: Estudiar si la posición horaria de la válvula ileocecal (VIC) condiciona una intubación ileal rápida.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos prospectivamente 118 enfermos consecutivos con VIC sana en los que se llegó a ciego. Fueron randomizados a supino (66,1%) o decúbito derecho (33,9%).

Con el endoscopio rectificado se realizaron intentos en retirada de canulación. Se anotó la posición horaria de la VIC, en cuál de los 4 cuadrantes predeterminados estaba y el intento en el que se consiguió.

RESULTADOS: La VIC se situó:

- En un 6,7% de las ocasiones en el cuadrante **I:** 2,5% a las 2h; 0,8% a las 3h; 3,4% a las 4h.
- En un 19,5% en el **II:** 3,4% a las 5h; 6,8% a las 6h; 9,3% a las 7h.
- En un 44,1% en el **III:** 10,3% a las 8h; 16,9% a las 9h; 16,9% a las 10h.
- En un 29,7% en el **IV:** 22,9% a las 11h; 5,9% a las 12h; 0,9% a la 1h.

Se entró en el primer intento en el 15,3% y en el 2º en el 37,3%.

Hubo diferencias a la hora de intubar en el 1º o 2º intento según la posición horaria ($p < 0,001$) y cuadrante ($p = 0,007$); tabla 1.

Tabla 1: éxito de intubación en 1º/2º intento según posición horaria-cuadrante:

Cuadrante I: 25%	**Cuadrante II: 26,1%**	**Cuadrante III: 65,4%**	**Cuadrante IV: 57,1%**
2h: 66,7%	5h: 0%	8h: 50%	11h: 63%
3h: 0%	6h: 0%	9h: 65%	12h: 28,6%
4h: 0%	7h: 54,5%	10h: 75%	1h: 100%

CONCLUSIONES: El lugar de la esfera horaria en el que se encuentra la VIC determinará la probabilidad de éxito en su intubación rápida.

La búsqueda del posicionamiento más adecuado mediante cambios posturales sería una estrategia válida para facilitarlo.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-095

ADMINISTRACIÓN TÓPICA DE MITOMICINA C ASOCIADA A DILATACIÓN NEUMÁTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES

Egea Valenzuela, Juan; Alberca De Las Parras, Fernando; Álvarez Higueras, Francisco Javier; Pereñiguez López, Ana; Estrella Diez, Esther; Serrano Jiménez, Andrés; Alajarin Cervera, Miriam; Ono, Akiko; Carballo Álvarez, Fernando
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: Las estenosis de anastomosis colorrectales son una complicación relativamente frecuente de esta cirugía. En muchos casos se trata de pacientes asintomáticos, pero en otros estas estenosis son significativas y condicionan una clínica de oclusión/suboclusión intestinal. En esta situación se ha extendido el tratamiento endoscópico con dilataciones neumáticas como primera opción, pero en un porcentaje de pacientes no son efectivas o se precisa de un número muy alto de ellas para conseguir resolver la estenosis.

Por otra parte, desde hace algunos años se utiliza por su efecto anti-fibroblastogénico la Mitomicina C administrada tópicamente como tratamiento adyuvante a las dilataciones en estenosis de la vía respiratoria, y también esofágicas, especialmente en pacientes pediátricos.

OBJETIVO: Comprobar la eficacia de la Mitomicina C en el tratamiento de las estenosis colorrectales.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha seleccionado cuatro pacientes con estenosis de anastomosis colorrectales en los que, tras una primera dilatación endoscópica, la estenosis volvía a presentar un calibre igual o menor al inicial.

Se les ha sometido posteriormente a dos sesiones más de dilatación progresiva asociando inyección de Mitomicina C en el área afectada separadas por un mes. Se ha comprobado la evolución clínica y endoscópica.

RESULTADOS: En dos casos el diámetro de la estenosis se había mantenido tras la primera dilatación con Mitomicina C; en los otros dos se había producido una discreta reestenosis. Tras la segunda sesión en los cuatro casos se ha conseguido buena respuesta clínica y endoscópica, con remisión de los síntomas, y siendo posible realizar una colonoscopia completa. Tras una media de 6 meses de seguimiento todos siguen asintomáticos.

CONCLUSIONES: Al igual que en otras localizaciones, las estenosis colorrectales pueden ser candidatas a recibir tratamiento asociado de dilatación neumática y administración tópica de Mitomicina C. La técnica es sencilla y segura, y sus resultados prometedores.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-096

INTENCIÓN DE TRATAR POR DSE Y CONVERSIÓN A RMEF: ¿QUÉ FACTORES DIFICULTAN NUESTROS INTENTOS DE RESECCIÓN EN BLOQUE? ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Marín-Gabriel, José C.; Díaz-Tasende, José; Cancelas-Navía, Pilar; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio; Del Pozo-García, Andrés J.; Alonso-Riaño, Marina; Pérez-Carreras, Mercedes; Colina-Ruizdelgado, Francisco; Castellano-Tortajada, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Al inicio del aprendizaje en DSE, puede precisarse una resección mucosa fragmentada (RMEf) para finalizar la exéresis de la lesión.

OBJETIVO: Analizar los factores que se asocian con la conversión a RMEf cuando se había planificado inicialmente una DSE.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron de manera prospectiva las primeras 92 lesiones con intención de tratar por DSE, desde septiembre de 2008 hasta junio de 2014.

RESULTADOS: En 37 casos (40,2%) la DSE inicialmente planeada se reconvirtió a RMEf para lograr resecar la lesión. En el análisis univariante, las variables asociadas de manera estadísticamente significativa con la conversión a RMEf fueron: localización de la lesión fuera del estómago, duración del procedimiento > 180 min y tamaño de la lesión > 30 mm. En el modelo de regresión logística multivariante, el único factor asociado de manera independiente con la conversión a RMEf fue el tamaño de la lesión > 30 mm (Tabla 1).

CONCLUSIONES: Cuando la experiencia en DSE es escasa, con algo menos de 100 procedimientos realizados, el tamaño de la lesión > 30 mm, es el factor predictor más importante de conversión a RMEf para lograr completar el tratamiento endoscópico.

Análisis univariante				Análisis multivariante		
Variable	**n**	**%**	***p***	**OR**	**IC 95%**	***p***
Número de orden del caso						
≤ 50	24	64,9	0,09			
> 50	13	35,1				
Diatermia previa						
Sí	4	10,8	0,71			
No	33	89,2				
Invasión s.m. no curativa						
Sí	4	10,8	0,71			
No	33	89,2				
Localización gástrica						
Sí	8	21,6	0,019	0,51	0,18 – 1,45	0,21
No	29	78,4				
Lesión deprimida						
Sí	6	16,2	0,21			
No	31	83,8				
Duración						
≤ 180 min	15	40,5	0,04	1,28	0,48 – 3,4	0,617
> 180 min	22	59,5				
Tamaño						
≤ 30 mm	13	35,1	< 0,001	4,2	1,6 – 11,2	0,004
> 30 mm	24	64,9				

Tabla 1. Variables asociadas con conversión a RMEf.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-097

SOLUCIONES DE LARGA DURACIÓN EN LA SUBMUCOSA PARA DSE COLORRECTAL: ¿EL INCREMENTO DEL COSTE APORTA ALGUNA VENTAJA?

Marín-Gabriel, José C.; Díaz-Tasende, José; Cancelas-Navía, Pilar; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio; Del Pozo-García, Andrés J.; Pérez-Carreras, Mercedes; Alonso-Riaño, Marina; Colina-Ruizdelgado, Francisco

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: En disección submucosa endoscópica (DSE) colorrectal se ha sugerido el uso de diversas sustancias de inyección submucosa para reducir el riesgo de perforación.

OBJETIVO: Analizar si diferentes soluciones inyectadas, reducen el riesgo de perforación, la duración del procedimiento o incrementan el porcentaje de resecciones en bloque, comparado con el uso de suero salino fisiológico (SSf).

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron prospectivamente 58 lesiones colorrectales, por intención de tratar con DSE, desde septiembre de 2008 hasta junio de 2014. En todos los casos se inyectó inicialmente SSf. El uso de otra sustancia adicional quedó a criterio del endoscopista. Cuando se utilizó sólo SSf, se inyectó con Flush-knife. El resto se inyectaron con aguja de esclerosis.

RESULTADOS: En la tabla 1 figuran características de la lesión, del procedimiento y la incidencia de perforaciones según la sustancia utilizada.

CONCLUSIONES: En DSE colorrectal, el uso de sustancias con duración prolongada en la submucosa no se asoció, de forma estadísticamente significativa, a un mayor porcentaje de resecciones en bloque, no redujo la duración del procedimiento ni la incidencia de perforaciones en comparación con el uso de SSf con Flush-knife en el análisis univariante. Tomando como precio de referencia el de 1 c.c. de SSf en nuestro Centro, el coste por c.c. de Voluven® es 7,6 veces superior, el de Glicerol multiplica el coste x 105 y el de Hialurónico x 6.683.

	Salino	Hialurónico	Glicerol	Voluven ®	*p*
Nº de casos	27	17	9	5	
Localización rectal; n (%)	18 (66,7)	14 (82,4)	4 (44,4)	4 (80)	0,23
Diámetro mayor (mm)	35	33	28	25	0,37
Duración en min. (mediana)	227,5	217,06	220	159	0,16
Resecciones en bloque; n (%)	16 (59,3)	6 (35,3)	3 (33,3)	4 (80)	0,16
Perforación; n (%)	5 (18,5)	2 (11,8)	0 (0)	2 (40)	0,23

Tabla 1.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-098

PROBABILIDAD DE RECIDIVA A CORTO PLAZO TRAS DSE EN NEOPLASIAS EPITELIALES

Marín-Gabriel, José C.; Díaz-Tasende, José; Cancelas-Navía, Pilar; Rodríguez-Muñoz, Sarbelio; Del Pozo-García, Andrés J.; Pérez-Carreras, Mercedes; Alonso-Riaño, Marina; Colina-Ruizdelgado, Francisco; Castellano-Tortajada, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: La disección submucosa endoscópica (DSE) permite reducir el riesgo de recidiva neoplásica en comparación con la resección mucosa endoscópica (RME).

OBJETIVO: Evaluar el riesgo de recidiva tras la DSE de neoplasias de origen epitelial al inicio del aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron prospectivamente 86 neoplasias, por intención de tratar con DSE, desde septiembre de 2008 hasta junio de 2014. Se evaluó la probabilidad de recidiva utilizando las curvas de supervivencia Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se incluyeron 1 neoplasia epidermoide esofágica, 27 lesiones gástricas y 58 colorrectales. En 2 ocasiones, no se logró completar la DSE. Se perdieron 13 casos en el seguimiento. El análisis final incluyó 71 lesiones: 1 esofágica, 21 gástricas y 49 colorrectales. La mediana de seguimiento fue 6,1 meses (1,7 – 63,5). La mediana de tiempo hasta la recidiva fue 37,6 meses. Histológicamente, 16 (22,5%) contenían neoplasia mucosa de bajo grado; 48 (29,6%) neoplasia mucosa de alto grado y 7 (9,9%) carcinomas con invasión submucosa (1 de ellas, curativa). Se estratificó la probabilidad de recidiva durante el seguimiento en función de que se tratara de lesiones colorrectales (9/49 vs. 4/22; *p*= 0,83), la histología presentara al menos neoplasia mucosa de alto grado (10/55 recidivas vs. 3/16; *p*= 0,98), se lograra extirpar la lesión en bloque (6/39 vs. 7/32 fragmentadas; *p*= 0,65) o la resección hubiera sido R0. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la probabilidad de recidiva únicamente cuando la resección fue R0 (0/22 recidivas en el grupo R0 vs. 13/49 en el grupo R1/Rx; *p*= 0,05; fig.1).

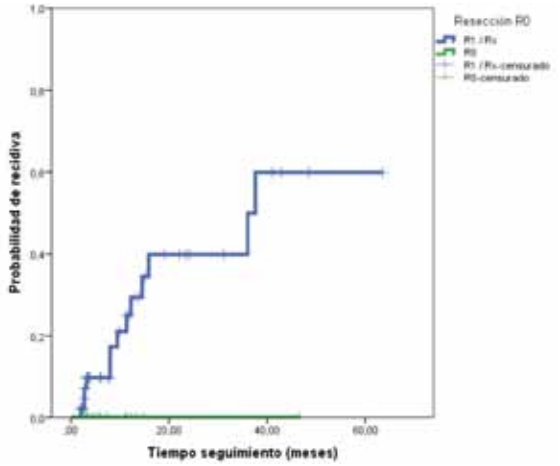


Figura 1. Probabilidad de recidiva en DSE, estratificada por resección R0.

CONCLUSIONES: Si bien la mayoría de las DSEs realizadas no han mantenido un período de seguimiento suficiente para llegar a conclusiones definitivas, lograr una resección R0 resulta un factor determinante en la reducción de recidivas neoplásicas a corto plazo.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-099

ANÁLISIS DE LA TASA DE RECUPERACIÓN DE PÓLIPOS DIMINUTOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Pérez Medrano, Indhira; Moreno Rincón, Estefanía; Muñoz García-Borruel, María; Guerrero Puente, Lourdes; Jurado García, Juan; Agüera Arroyo, Blanca; Pleguezuelo Navarro, María; Pérez Rodríguez, Esperanza; Casais Juanena, Luis; Hervás Molina, Antonio; Naranjo Rodríguez, Antonio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN: La extirpación endoscópica de los adenomas colorrectales constituye una estrategia que reduce la mortalidad por cáncer colorrectal. La mayoría de estos pólipos son "diminutos" (1-5 mm). Aunque infrecuentemente degeneran, es importante su recuperación para análisis histopatológico. Es poco conocida su tasa real de recuperación en la práctica habitual.

OBJETIVO: Analizar la tasa de recuperación global de pólipos diminutos y los factores que pueden relacionarse con su recuperación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, analítico y observacional desde Diciembre 2013 hasta Abril 2014. El tamaño se determinó mediante el informe endoscópico y anatomopatológico. Se analizaron: antecedentes (polipectomía y colectomía previas), características de los pólipos (número, presencia de pedículo, localización, histología), método de resección (asa de polipectomía/ pinza caliente), preparación (según tramo de resección) como variables relacionadas con la tasa de recuperación. Se realizó análisis estadístico univariante/multivariante mediante regresión logística binaria (SPSS).

RESULTADOS: Se resecaron 880 pólipos en 600 pacientes. La tasa de recuperación global fue de 74.1%, siendo con pinza caliente 96.6% y con asa 66%. El 66.7% resultaron adenomas con displasia de bajo grado y 0.15% con adenocarcinoma. En el análisis univariante, los factores relacionados con la recuperación fueron: polipectomía previa (OR 1.41, IC 95% 1.03-1.92; P= 0.02), colectomía previa (OR 1.83, IC 95% 1.16-2.88; P= 0.009), preparación (OR 0.76, IC 95% 0.6-0.94; P= 0.01), localización en colon izquierdo/transverso (OR 0.77, IC 95% 0.61-0.97; P= 0.03) y resección mediante pinza caliente (OR 0.07, IC 95% 0.03-0.14; P= < 0.001). En el análisis multivariante, el método de resección y la polipectomía previa resultaron variables independientes relacionadas con la recuperación. (P= < 0.001).

CONCLUSIONES: La tasa de recuperación global en esta serie fue de 74.1%, siendo mayor tras resección mediante pinza caliente.

El método de resección y la polipectomía previa se relacionaron con la recuperación de estos pólipos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-100

PAPEL DE LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH)

Pereñiguez López, Ana; Sánchez Velasco, Eduardo; Alberca De Las Parras, Fernando; Navalon Rubio, María; Montserrat Coll, Jorge; Alajarin Cervera, Miriam; Serrano Jiménez, Andrés; Egea Valenzuela, Juan; Jijón Crespín, Roxanna; Carballo Álvarez, Luis Fernando
H.C.U. Virgen De La Arrxaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: La EICH es un proceso inflamatorio que afecta a pacientes sometidos a trasplante hematopoyético. La endoscopia se utiliza para valorar diagnóstico y extensión, permitiendo la toma de biopsias. Diseñamos un score diagnóstico que intenta estandarizar la técnica.

OBJETIVO: Evaluar el papel de la endoscopia en la sospecha diagnóstica de EICH. Analizar un score diagnóstico propio.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de una serie consecutiva de casos de pacientes trasplantados con sospecha clínica de EICH a los que se ha hecho alguna endoscopia con biopsias. Se ha aplicado el score diseñado por nosotros mediante iconografía e historia clínica) ante la carencia de scores validados y se valorado con el diagnóstico anatomopatológico y el clínico definitivo.

RESULTADOS: Se han incluido 42 pacientes (20 mujeres, 22 hombres), edad media: 36,4 (4-70). En 30 se hicieron antes de 100 días y en 12 tras estos 100 días postrasplante. Ningún paciente con scores mayores de 6 tenía una AP negativa, eran positivas o dudosas. Scores mayores de 10 (9) se correlacionaban con EICH más evolucionados, así como con AP diagnósticas de EICH, mientras que con scores menores son raros los EICH más graves.

Sólo 4 gastroscopias tenían AP gastroduodenal positiva: 3 también con AP ileocolónica positiva; en 12 las AP eran dudosas, confirmándose 3 AP I-C positivas, aunque sólo 8 tenían un EICH clínico.

		SCORE				
DG. CLÍNICO		CERO	1 A 5	6 A 10	>10	TOTAL
EICH AGUDO	GR1	1	6	3	0	10
	GR2	1	4	4	3	12
	GR3	0	0	0	2	2
	GR4	0	0	0	1	1
EICH CRÓNICO		1	1	1	1	4
EICH AGUDO + CRÓNICO		1	0	0	0	1
NO EICH		4	4	1	1	10
?		0	0	1	1	2
TOTAL		8	15	10	9	42
AP	DUD	2	5	5	4	16
	POS	2	5	4	3	14
	NEG	2	4	0	0	6
	?	2	1	1	2	6
	TOTAL	8	15	10	9	42

En 14 pacientes AP i-C fue positiva, confirmándose EICH en todos; en 12 fue dudosa, no pudiendo confirmarlo ninguna por gastroscopia, siendo finamente diagnosticadas 7 como EICH.

CONCLUSIONES: La correlación clínico-endoscópica es evidente. Sin embargo, salvo en los EICH crónico la correlación entre la AP y la clínica es menos fiable.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-101

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS TRAS LA PREPARACIÓN PARA LA COLONOSCOPIA CON PICOSULFATO SÓDICO/CITRATO DE MAGNESIO Y POLIETILENGLICOL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

Prados Bresnes, Raul [1]; Vara Brenes, Daniel [1]; González Santiago, Jesús Manuel [2]; Pérez Conte, Daniel [2]; Martínez Alcalá, María Del Carmen [1]; Joya Vázquez, Pedro Pablo [1]; Marcos Prieto, Héctor [2]; Acosta Materán, Rosa [2]; Álvarez Delgado, Alberto [2]; Molina Infante, Javier [1]

[1] Hospital San Pedro De Alcántara, Cáceres; [2] Hospital Universitario De Salamanca, Salamanca

INTRODUCCIÓN: La limpieza del colon con polietilenglicol (PEG) en pacientes mayores puede ser problemática por mala tolerancia. La preparación con picosulfato sódico/citrato de magnesio (PS/CM) podría ser una opción idónea por su bajo volumen, si bien se debe utilizar con cautela en pacientes en riesgo de alteraciones hidrolectrolíticas.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad hidroelectrolítica de la preparación para la colonoscopia en pacientes mayores de 60 años con PS/CM y PEG.

MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en 2 centros hospitalarios, en pacientes consecutivos con indicación para colonoscopia. Siguiendo la práctica clínica habitual, en cada centro se utilizó un preparado distinto (PS/CM/PEG 4 l) en dosis fraccionadas. Se registraron comorbilidades y medicamentos, así como constantes vitales (TAS, TAD, FC) y hematocrito, función renal (urea/Cr) e iones (Na, K, P, Mg, Cl), en las 4 semanas previas y en la sala de endoscopia tras la preparación.

RESULTADOS: Se han incluido 162 pacientes (78 PS/CM, 86 PEG). El 50% de la muestra tenía una edad superior a 70 años, con una elevada tasa de ingesta de fármacos de riesgo [diuréticos (35%), ARA II (31%), IECA (19%), AINE (25%), ISRS (14%)]. Ambas poblaciones fueron homogéneas, excepto insuficiencia renal (Cr > 1.2) basal (PS/CM 32% vs. PEG 5%, p<0,001) y consumo de diuréticos (PEG 28% vs. PS/CM 10%, p 0.025). No se registraron cambios significativos en los valores medios de las constantes vitales ni los parámetros analíticos entre grupos (p>0.05 en todos los casos). La ingesta media de líquidos fue de 3,8 litros de líquidos adicionales a la preparación en el grupo PS/CM y 3,8 l de preparación con 0,73 l de líquidos adicionales en el grupo PEG.

CONCLUSIÓN: No se objetivaron diferencias significativas en la aparición de alteraciones hidroelectrolíticas tras la preparación con PS/CM y PEG en pacientes mayores de 60 años.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-102

FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA PREPARACIÓN DEL COLON EN LA COLONOSCOPIA AMBULATORIA

Grilo Bensusan, Israel [(1)]; Gómez Regife, Leonor [(1)]; Gómez Delgado, Elena [(2)]; Aguado Álvarez, Valle [(1)]; Cañas Blanco, Manuel [(1)]; Ruz Segura, Isabel [(1)]; Navarro López, Rosario [(1)]
[(1)] HAR ÉCIJA APES Bajo Guadalquivir, Écija; [(2)] Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

INTRODUCCIÓN: La calidad de la limpieza colónica es fundamental. En un 25 % de las colonoscopias la preparación es subóptima siendo importante detectar factores relacionados.

OBJETIVO: Analizar la preparación del colon y determinar factores relacionados con una preparación inadecuada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo unicéntrico entre marzo de 2007 y abril de 2013. La preparación se clasificó por el endoscopista como mala o buena. La preparación se realizó con polientilenglicol 4 litros sin dosis repartida.

RESULTADOS: Se realizaron 2669 colonoscopias ambulatorias seleccionándose aquellas con indicación completa: 2516 (94,2%) siendo válidas 2465 (98%). Fueron 1202 (48,8%) hombres y 1263 (51,2%) mujeres. La edad mediana fue de 55 años (p25-p75; 45-67). Se alcanzó el ciego en 2077 (84,3 %). La preparación fue buena en 1948 (79 %) casos. Se asoció una mala preparación a un mayor peso del paciente (media 80,4 vs 77,9, p <0,001), con el género masculino (285/1202 (23,7 %) vs 203/1263 (18,4 %), p = 0,001), y su realización entre octubre a marzo (282/1221; 23,1% vs 235/1234; 18,9%; p=0,01). En los pacientes con peor preparación se observó una menor número de colonoscopias completas (406/517 (78,5%) vs 1671/1946 (85,9%), p< 0,001), peor tolerancia (127/510; (24,9 %) vs 347/1933; (18 %); p<0,001 y mayor tiempo de exploración.

En el estudio multivariante se asociaron significativamente con una mala preparación, el peso (OR 1,014, 1,007-1,022 IC 95 %; p < 0,001,) y la época del año (OR 1,392 (1,118-1,734 IC 95%; p=0,003).

CONCLUSIONES: La preparación para la colonoscopia ambulatoria en nuestro centro fue adecuada en el 79 % de los casos.

Se asoció una peor preparación con un mayor peso del paciente y con su realización entre los meses de octubre a marzo.

La peor preparación supuso una reducción significativa de la tasa de colonoscopias completas y peor tolerancia a la misma.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

ESTUDIO UNIVARIANTE			
	PREPARACIÓN MALA (517/2465)	*PREPARACIÓN BUENA (1948/2465)*	*p*
Edad (mediana, años)	52	55,5	0,137
Género (varón)	285/517 (55,1%)	917/1948 (47,1%)	0,001*
Peso (mediana, kg)	80,25	76,35	<0,001*
Antecedente de cirugía abdominal	239/508 (47%)	942/1924 (49%)	0,44
Colonoscopia previa	202/505 (40 %)	733/1914 (38,3%)	0,48
Colonoscopia Octubre-Marzo	282/517 (54,5%)	939/1948 (48,2%)	0,01*
Indicación			0,08
Ileoscopia	154/517(29,8%)	745/1948 (38,3%)	<0,001*
Biopsia	322/517 (62,3%)	1317/1948 (67,6%)	0,02*
Hasta ciego	406/517 (78,5%)	1671/1948 (85,9%)	<0,001*
Tolerancia buena	383/510 (75,1%)	1586/1933 (82%)	<0,001*
Tiempo exploración colonoscopias hasta ciego (mediana, min)	27	25	0,02*
ESTUDIO MULTIVARIANTE			
Colonoscopia Octubre-Marzo	OR 1,392 (1,118-1,734 IC 95%)		0,003*
Peso	OR 1,014 (1,007-1,022 IC 95 %)		<0,001*
Sexo	OR 0,848 (0,668-1,076, IC 95%)		0,175

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-103

COMPLICACIONES EN LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICAS EN COLON. EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Umaña Mejía, J.r; Álvarez Delgado, Alberto; Velasco Guardado, Antonio; Mora Soler, Ana; Revilla Morato, Cristina; Marcos Prieto, Hector; Piñero Pérez, Concepción; Rodríguez Pérez, Antonio

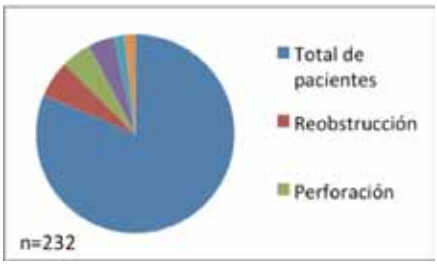
Complejo Asistencial De Salamanca, Salamanca

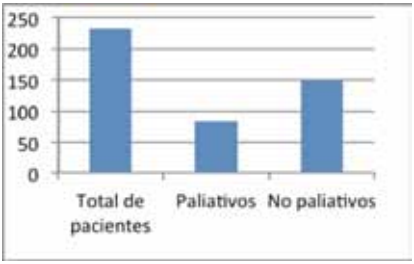
INTRODUCCIÓN: La colocación de prótesis metálicas en colon (PMC) se considera una técnica eficaz y segura para el manejo de las estenosis malignas del colon. Estudios recientes sugieren que existe una alta tasa de complicaciones; Van Hooft JE et Al. publicó un ensayo multicéntrico aleatorizado comparando la colocación de PMC vs la cirugía de urgencia en obstrucción aguda. El estudio se cerró de forma prematura dada la tasa de perforaciones en el grupo de las PMC.

MÉTODO: Se analizaron datos de 232 pacientes entre Enero 2004 y Noviembre 2012 a los que se les colocaron PMC. Las complicaciones fueron: perforación, migración, rectorragia, formación de abscesos y reobstrucción de la prótesis. Se analizó el carácter urgente o electivo, como también la indicación ya sea como puente a la cirugía o como tratamiento definitivo paliativo.

RESULTADOS: De los 232 pacientes, 84 tenían intención paliativa (36%) y en 148 casos como puente a la cirugía (64%). La complicación más frecuente fue la reobstrucción de la prótesis en 17 ocasiones (7,3%). Subsecuentemente las perforaciones de colon en 14 pacientes (6%) siendo el sitio más frecuente de perforación el ciego en un 72%. En 12 pacientes ocurrió migración (5,1%) y en 5 pacientes se dieron abscesos localizados en la zona del stent (2,1%). Por último se constataron 5 episodios de rectorragia importante.

CONCLUSIONES: Si bien, la colocación de PMC es una técnica bien aceptada, no está exenta de complicaciones. Se observó una tasa de perforación no despreciable que condiciona los resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad. Cabe reconocer que se requieren realizar en España estudios de coste-eficacia en cuanto a la colocación de PMC vs la cirugía puesto que al existir una tasa de complicaciones llamativa, se espera que la diferencia a favor de la cirugía emergente no sea tan pronunciada o incluso inversa.





COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-104

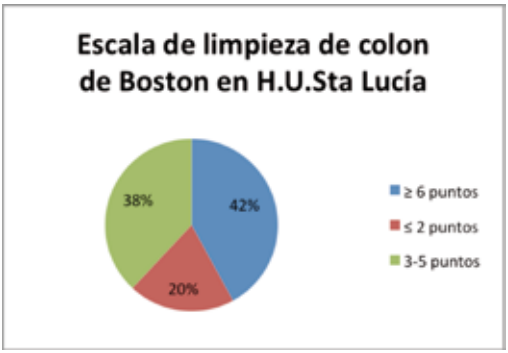
IMPORTANCIA DE ESCALAS VALIDADAS PARA EVALUACIÓN DE LIMPIEZA DEL COLON EN COLONOSCOPIA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sastre Lozano, Violeta María; Torregrosa Lloret, María; Sevilla Cáceres, Laura; Morán Sánchez, Senador
H.U. Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: La decisión del endoscopista con respecto a la repetición de una colonoscopia debido a la preparación de limpieza insuficiente es un criterio actualmente no definido ni estandarizado en las guías de práctica clínica. Por lo tanto, es preciso unificar criterios para evitar la variabilidad interexplorador a la hora de evaluar este aspecto frecuente en la práctica endoscópica. Hay estudios que demandan un consenso internacional utilizando escalas validadas para tal efecto como la actual Escala de limpieza de colon de Boston (ELCB).

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es analizar la necesidad de repetir la colonoscopia en un plazo inferior al que correspondería, debido a una preparación deficiente según la ELCB.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio descriptivo, observacional de 100 pacientes en el que se recogen las puntuaciones totales de los segmentos del colon (izquierdo, transverso y derecho) según la ELCB y determina la necesidad de repetir la colonoscopia, siguiendo los resultados de Calderwood AH, et al. en aquellos pacientes con puntuaciones totales ≤ 2. No siendo necesario en puntuaciones totales ≥ 6, y quedando indeterminado en puntuaciones totales 3-5.



RESULTADOS: Los datos observados en este grupo de pacientes fueron: 42% presentó una puntuación total ≥ 6, un 20% fue ≤ 2 y un 38% obtuvo entre 3 y 5 puntos en todos los segmentos.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes y siguiendo los trabajos publicados por Calderwood AH, et al. sería preciso repetir la exploración en un plazo inferior al indicado por las guías de práctica clínica en un 20% de los pacientes. Realizando el seguimiento endoscópico habitual en un 42% de estos. Un 38% de los mismos quedaría en una situación variable dependiendo del explorador, y es en este punto donde se debería consensuar una guía clínica para unificar criterios y evitar diagnósticos insuficientes.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-105

CÁNCER COLORRECTAL DE INTERVALO COMO INDICADOR DE CALIDAD: CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PREDICTORES

Muñoz García-Borruel, María; Pérez Medrano, Indhira; Moreno Rincón, Estefanía; Serrano Ruiz, Francisco Javier; Naranjo Rodríguez, Antonio; Pleguezuelo Navarro, María; Casáis Juanena, Luis Leonardo; Hervás Molina, Antonio José
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

INTRODUCCIÓN: La calidad de la colonoscopia es punto clave para asegurar la prevención del cáncer colorrectal (CCR). El riesgo de CCR tras colonoscopia previa negativa es bajo, sin embargo, el CCR de intervalo ocurre.

OBJETIVO: Investigar incidencia, características y factores predictores de CCR de intervalo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. Población sometida a colonoscopia entre 01-01-1997 y 30-06-2014. Datos extraídos de bases informatizadas. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, antecedentes personales/familiares), características de colonoscopia diagnóstica de CCR y de las previas y lesiones encontradas (tamaño, localización, histología). Se aplicó t-Student para comparar variables cuantitativas y Chi cuadrado para categóricas (SPSS), con significación estadística $p<0,05$.

RESULTADOS: Realizadas colonoscopias a 33.755 pacientes diagnosticándose 1.814 CCR (01-01-2007 a 30-06-2014): 115 pacientes 6,34% tenían colonoscopia en los 10 años previos (16 (0,88%) un año, 65 (3,58%)3 años, 90 (4,96%)5 años previos). Media: 38,53 meses (6,1-59,9). Colonoscopias en 10 años previos al diagnóstico CCR: 76,5% preparación de colon adecuada.15,7% adenomas en mismo segmento que el CCR, 72,2% sésiles, 77,7%>10mm, 38,8% vellosos y 33,3% con displasia de alto grado. 8 polipectomías en fragmentos. El 50,4% de pacientes se había realizado >1colonoscopia en 10 años previos al diagnóstico CCR: 68 pacientes sin pólipos en anteriores colonoscopias y en el resto se realizó polipectomía: 11,2% eran adenomas >10mm, 15,7% vellosos y 12,2% con displasia de alto grado. Comparando los pacientes con CCR intervalo con el resto: edad más avanzada (72,18±11,04 vs 70,02±11,35años, p:0,048), más antecedentes familiares de CCR (16,5% vs 9,8%, p:0,022), neoplasias de localización más proximal (colon derecho) (32,2% vs 15,7%, $p<0,001$) y estadio menos avanzado al diagnóstico (0:12,2% vs 6,1%, IV:16,5% vs 22,5%,p:0,051).

CONCLUSIONES: La tasa de CCR intervalo a 10 años fue del 6,34 %, la mitad diagnosticados en los 3 años siguientes a una colonoscopia. Edad avanzada, antecedentes familiares y localización proximal fueron factores relacionados con CCR intervalo.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-106

TOLERANCIA A LA COLONOSCOPIA AMBULATORIA BAJO SEDACIÓN CONSCIENTE Y FACTORES RELACIONADOS

Grilo Bensusan, Israel [(1)]; Gómez Regife, Leonor [(1)]; Gómez Delgado, Elena [(2)]; Aguado Álvarez, Valle [(1)]; Cañas Blanco, Manuel [(1)]; Ruz Segura, Isabel [(1)]; Navarro López, Rosario [(1)]
[(1)] HAR Écija. APES. Bajo Guadalquivir, Écija; [(2)] Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es una exploración potencialmente dolorosa. La detección de factores relacionados con una mala tolerancia bajo sedación consciente permitiría seleccionar a los pacientes para sedación profunda.

OBJETIVO: Analizar la tolerancia a la colonoscopia ambulatoria y determinar factores relacionados con un mayor dolor en la exploración.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo unicéntrico entre marzo de 2007 y abril de 2013. La tolerancia fue valorada por el endoscopista y se clasificó como mala o buena. Para la sedación se usaron petidina o fentanilo y midazolam.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 2669 colonoscopias seleccionándose aquellas con indicación completa y con sedación consciente: 2320. Fueron válidas para el estudio 2247 (96,85%). La edad mediana fue de 54 años (p25-p75,45-65). Fueron 1087 (48,4%) hombres y 1160 (51,6%) mujeres. La tolerancia se consideró como buena en 1813 (80,7%) pacientes. En el estudio univariante se asoció una peor tolerancia con el sexo femenino (279/1160, 24,1% vs 155/1087,14,3%, p <0,001), el antecedente de cirugía (233/1068,21,8% vs 192/1156,16,6%, p =0,002), con una mala preparación (108/452,23,9% vs 326/1795,18,2%, p =0,008), con una exploración difícil según el endoscopista (239/445,53,7% vs 195/1802,10,8%, p<0,001) y con un mayor peso (mediana 81kg vs 80,2kg; p<0,001).En el estudio multivariante incluyendo el sexo, el antecedente de cirugía abdominal y el peso, las tres variables permanecieron con significación estadística. Añadiendo en el estudio multivariante las variables intraexploración, como la preparación inadecuada y la dificultad de la exploración, fueron significativas la dificultad para la exploración, el peso y la preparación inadecuada.

CONCLUSIONES: La tolerancia a la colonoscopia en nuestro centro bajo sedación consciente fue buena en el 80,7 % de los casos.

Se asoció una peor tolerancia con el sexo femenino, el antecedente de cirugía, un mayor peso y con factores intraexploratorios como una mala preparación y una exploración difícil según el endoscopista.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

ESTUDIO UNIVARIANTE			
	TOLERANCIA MALA (434/2247)	*TOLERANCIA BUENA (1813/2247)*	*p*
Edad (mediana, p25-p75, años)	61 (90,5-41,5)	57(67,5-46,5)	0,113
Género (mujer)	279/434 (64,3%)	881/1813 (48,6%)	< 0,001*
Peso (mediana, p25-p75,kg)	81 (97,4-64,5)	80,25 (90,8-69,6)	< 0,001*
Antecedente de cirugía abdominal	233/425 (54,8%)	835/1799 (46,4%)	0,002*
Colonoscopia previa	149/424 (35,1%)	674/1787 (37,7%)	0,324
Exploración difícil	239/434 (55,1%)	206/1813 (11,4%)	< 0,001*
Preparación mala	108/434 (24,9%)	344/1813 (19%)	0,006*
Tiempo exploración colonoscopias hasta ciego (mediana, min)	27 (32-22)	22,5 (28,5-16,5)	< 0,001*
ESTUDIO MULTIVARIANTE			
Género (mujer)	OR 1,083(0,800-1,465 IC 95%)		0,6
Antecedente de cirugía abdominal	OR 1,277 (0,976-1,976 IC 95 %)		0,07
Peso	OR 0,976 (967-986, IC 95%)		< 0,001*
Exploración difícil	OR 9,54 (7,2-12,5 IC95%)		< 0,001*
Preparación inadecuada	OR 1,53 (1,12-2,11 IC 95%)		0,025*

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-107

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES: RESULTADOS INICIALES EN 45 PACIENTES

Herreros De Tejada, Alberto [(1)]; Hernández, Marta [(2)]; Calleja, José Luis [(1)]; Sánchez-Movilla, Arsenio [(2)]; Salas, Clara [(2)]; Matallanos, Pilar [(2)]; Blázquez, Esther [(2)]; Fernández-Rial, José Carlos [(2)]; González, Santiago [(3)]; García, Juan Fernando [(3)]; Abreu, Luis [(1)]

[(1)] IDIPHIM Hospital Universitario Puerta de Hierro, M.D. ANDERSON CANCER CENTER, Majadahonda; [(2)] IDIPHIM Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda; [(3)] MD Anderson Cancer Center Madrid, Madrid

INTRODUCCIÓN: La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica ideal en el abordaje de neoplasias precoces del tracto digestivo (T1), particularmente lesiones de morfología plana-deprimida, tamaño superior a 20mm y/o presencia de fibrosis submucosa.

OBJETIVO: Analizar la eficacia y seguridad de la DSE en 2 centros españoles.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis prospectivo de DSE realizadas con sospecha de neoplasia precoz. Se utilizaron endoscopios modelos GIF N180J/HQ190, PCF H180/ H190, CF H180/HQ190 (Olympus, Co.). Se usó como bisturí principal Flush knife BT® (Fujifilm Co.) en sus versiones 1.5 (esófago, colon y recto) y 2.0 (estómago), asociando ocasionalmente Hook-knife® y Dual-knife® (Olympus Co).

RESULTADOS: Desde Enero 2012 hasta Junio de 2014 se incluyeron 45 pacientes sometidos a DSE. La edad media fue 64,6 años (DE 11), con una proporción de hombres del 55,5%. La distribución por localización fue: 44% colon, 31% estómago, 18% recto, 7% esófago. El éxito inicial fue del 93,3%, con 3 casos que requirieron cirugía para la extirpación completa de la lesión (2 colónicos y 1 rectal). La tasa de resección en bloque y R0 para las lesiones en las que se pudo completar la DSE fue del 97,6% y del 92,8% respectivamente. El tamaño medio del espécimen de 17,2cm^2,, con una mediana de 113 minutos (28-256) para completar DSE. Hubo 14 casos (33%) de perforación, de los cuales 12 (86%) fueron tratados endoscópicamente con éxito. Hubo 4 casos de complicaciones tardías (1 rotura esplénica y 3 hemorragias digestivas post-DSE), sin ningún caso de muerte.

CONCLUSIONES: El tiempo prolongado y el riesgo elevado de perforación fueron las principales limitaciones de nuestra serie. A pesar de ello, los resultados de éxito terapéutico y de manejo endoscópico de las perforaciones, similares a las series internacionales de referencia, permite augurar una implantación progresiva de esta técnica en nuestro país.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-108

FACTORES PREDICTIVOS DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LESIONES COLORRECTALES DE GRAN TAMAÑO MEDIANTE TÉCNICAS DE RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA

Martínez, David; Romero Mosquera, Beatriz; Martínez Turnes, Alfonso; Vázquez Rodríguez, Sergio; Alonso Rodríguez, Ana; Martín Granizo, Ignacio; Pérez Carballido, Isabel; Iglesias Avión, Pilar; Núñez Amigo, Carmen; Rodríguez Prada, José Ignacio
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo

INTRODUCCIÓN: La resección endoscópica de las lesiones colorrectales grandes, apoyada en un correcto diagnóstico endoscópico es como una técnica segura y eficaz.

OBJETIVO: Evaluar los resultados de la resección endoscópica de lesiones colorrectales grandes y establecer factores predictivos del fracaso del tratamiento endoscópico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyen los pacientes que, de forma consecutiva, fueron remitidos para tratamiento endoscópico de lesiones colorrectales grandes en el periodo mayo 2009-junio 2014. Se realiza estadística descriptiva de aspectos morfológicos de las lesiones y de aspectos técnicos, así como análisis uni y multivariante de las diferentes variables. Se establece un nivel de significación estadística en un valor de $p<0,05$.

RESULTADOS: Se incluyen 152 lesiones en 148 pacientes (64,5% varones); el 30,9% de las lesiones localizadas y un 35,5% en colon derecho. El tamaño medio de la lesiones era de 3,71 cms; la técnica empleada fue en todos los casos excepto uno la mucusectomía "one-step", y en un 81,6% de forma fragmentada. En 6 casos (3,9%) se consideró irresecable endoscópicamente la lesión y en 8 (5,3%) no se logró una resección completa. A los 3 meses un 77,06% de los pacientes no presentaban lesión residual, a los 12 meses un 91% y a los 24 meses un 100%. Tanto a los 3 como a los 12 meses, un tamaño >4 cms, un acceso complicado a la lesión, una resección considerada como complicada por el endoscopista y el tratarse de una recidiva de una lesión previa, adquieren significación estadística ($p<0,05$) en el análisis univariante, pero tan sólo el tamaño >4 cms y el tratarse de una lesión recidivante son factores predictivos independientes de la persistencia de lesión residual.

CONCLUSIONES: Las lesiones de gran tamaño y las lesiones recidivantes precisan con mayor frecuencia de "retratamientos", dado que presentan mayor riesgo de la persistencia de tejido residual.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-109

EXPLORACIÓN DEL COLON ASCENDENTE POR RETROVISIÓN EN CIEGO: POSIBILIDAD TÉCNICA Y RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA

Vargas, Alba [(1)]; Alburquerque, Marco [(1)]; Figa, Montserrat [(1)]; Cirera, Esther [(1)]; González, Eugenia [(1)]; Yeste, Carmen [(1)]; Girones, Marta [(1)]; José, Francesca [(1)]; González-Huix, Ferrán [(2)]
[(1)] Clínica Girona, Girona; [(2)] Hospital Dr. Josép Trueta, Girona

Las lesiones polipoides en colon derecho no visualizadas son causa de cáncer de intervalo. La exploración de la cara proximal de los pliegues de colon ascendente mediante retrovisión cecal reduciría la posibilidad de perder estas lesiones. Los colonoscopios de menor diámetro pueden facilitar la retrovisión en ciego sin riesgo de complicaciones.

OBJETIVO: Determinar la capacidad técnica de realizar retrovisión en ciego, rentabilidad diagnóstica y complicaciones de esta maniobra con colonoscopio de pequeño diámetro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo incluyendo las colonoscopias totales consecutivas realizadas por un endoscopista experto. Técnica: 1) entrada en visión frontal hasta ciego, retirada explorando de forma habitual hasta ángulo hepático; 2) reintroducción hasta el orificio apendicular, intento de retrovisión; 3) retirada en retrovisión hasta ángulo hepático explorando cara próximal de pliegues. Recogida: lesiones visualizadas en introducción/retirada y detectadas sólo en retrovisión. Exclusión de colonoscopias parciales. Todas las exploraciones realizadas con colonoscopio de menor diámetro PENTAX EC34-i10L (Ø inserción: 11.6, canal: 3.8, deflección arriba/abajo: 180/180, derecha/izquierda: 160/160).

RESULTADOS: Valoración de 323 colonoscopias realizadas por un endoscopista experto el 15/3/14 a 1/7/14. Tras excluir las exploraciones incompletas/terapéuticas se analizan un total de 303 exploraciones completas. La capacidad para realizar retrovisión en ciego fue del 76,6% (n=232). En 142 colonoscopias con retrovisión en ciego se detectaron un total de 21 (14,7%) lesiones en colon ascendente, todas pólipos: entre 3-15 mm, 10 sesiles, 4 semipedículados, 7 pediculados. 10 lesiones (7 %) fueron detectadas sólo en retrovisión (tamaño: 3-15 mm, 7 sesiles, 3 semipedículados), todas las lesiones fueron benignas (6 adenomas, 4 pólipos serrados sesiles sin displasia). 8 resección en retrovisión). No hubo complicaciónes.

CONCLUSIÓN: La retrovisión en ciego con colonoscopios de menor diámetro es factible en mas del 75% de los pacientes. Aproximadamente el 50% de las lesiones de colon ascendente solo pueden visualizarse en retrovisión.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-110

RENDIMIENTO DE LA COLONOSCOPIA EN LA EXPLORACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS DE LA REGIÓN ILEOCECAL

Oussama, Salwa; Tahiri, Mohamed; Lahlou, Houda; Haddad, Fouad; Hliwa, Wafaa; Bellabah, Ahmed; Badre, Wafaa
CHU Ibn Rochd, Hospital Universitario

INTRODUCCIÓN: La región ileocecal, es una zona de intersección entre el intestino delgado y el colon, con particularidades anatómicas e histológicas. Puede ser afectada por numerosas patologías inflamatorias, infecciosas, tumorales. Radiología y ileocolonoscopia, permiten un análisis preciso de la región y aumentan el rendimiento diagnóstico.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Conocer los aspectos epidemiológicos, radiológicos y endoscópicos de las enfermedades inflamatorias, infecciosas o tumorales de la región ileocecal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo: 83 casos de patología iléocoecal. Periodo: 5 años (2008-2013): departamento de gastroenterología Casablanca. Todos los pacientes beneficiaron de una exploración radiológica y endoscópica.

RESULTADOS: 43 hombres y 40 mujeres. Edad media: 38,5% (15-78ans).

Los signos clínicos fueron dominados por: dolor en la fosa ilíaca derecha en el 52% de los casos, diarrea crónica:48%, el síndrome de Koenig:35%, diarrea alternada por estreñimiento: 11,7%, una masa de la fosa iliaca derecha en 7,4%, el sangrado rectal en el 5,4%, y melena: 3,6%.

Todos los pacientes beneficiaron de una exploración radiológica: ecografía abdominal en el 62%, TC abdominal: 23%, y un enteroclisis: 4%.

Colonoscopia destacó: un tumor a nivel cecal: 10% de los casos, un aspecto retractado: 15% de los casos, ulcerado:23,5%, polipoide: 36%, eritematoso:17% y un divertículo cecal en 2%. Las anomalías de la válvula iléocoecale (hinchada, abierta, polipoide, ulcerada, estenosis): 49% y la última asa ileal afectada (eritema, ulceración, pólipos, estenosis): 57,5%.

Los diagnósticos seleccionados fueron: enfermedad de Crohn ileocecal (58%), tuberculosis ileocecal (8,4%), un adenocarcinoma cecal (7%), carcinoma coloide (5,6%), colitis indeterminada (5%), origen linfomatosa (3%) y un divertículo cecal (2%).

CONCLUSIÓN: Investigaciones radiológicas permiten una buena aproximación diagnóstica, pero ileocolonoscopia tiene tres ventajas: decidir sobre la organicidad de una imagen radiológica, descubrir lesiones infraradiologiques, evaluar el alcance, la gravedad de lesiones y permite un diagnóstico histológico, también para fines terapéuticos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-111

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A LEIOMIOSARCOMA EPITELIOIDE DE RECTO: UNA ENTIDAD INUSUAL

Alcivar Vásquez, Juan Manuel; Rincón Gatica, Adalberto; Ontanilla Clavijo, Guillermo; López Ruiz, Teófilo
Hospital Virgen Del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 69 años, por rectorragias se realiza sigmoidoscopia evidenciándose una lesión tumoral que inicia en el margen anal interno con marcada necrosis, sangrado activo y escaso tejido viable no necrótico para biopsias ***(Figura 1).*** Las biopsias son informadas como Leiomiosarcoma de recto, de alto grado [índice proliferativo (Ki67 70%)]. El TAC abdominal demostró una tumoración recta avanzada, por lo que se realizó radioterapia hemostática (8 Gy) y tras administrarse una dosis de doxorrubicina (75 mg/m2), desarrolló un shock séptico y fallo multiorgánico, falleciendo.

COMENTARIOS: El leiomiosarcoma de colon es un tipo de neoplasia infrecuente (<0,1% de las neoplasias de colon-recto). Aparecen típicamente entre los 50-60 años. La afectación colorrectal predomina en hombres y la anal en mujeres. Al momento del diagnóstico presentan gran tamaño, dificultando precisar la estructura de origen. La diseminación metastásica es hematógena (pulmón e hígado 90%), siendo escasa la linfática. Producen dolor rectal, estreñimiento y rectorragia. Existen dos posibilidades quirúrgicas: una resección abdominoperineal. o local (tamaño <2 cm) con una tasa de recurrencia muy alta (19,5%-67,5% respectivamente). Tienen un pronóstico desfavorable, con una supervivencia entre el 20-40% a los 5 años.

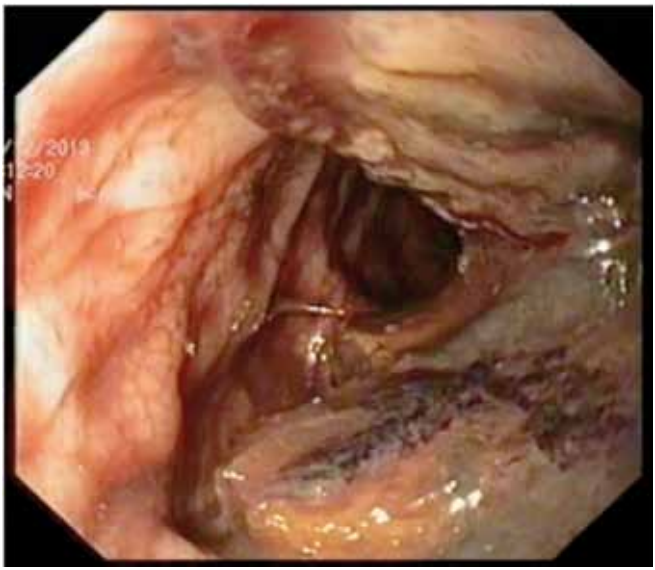


Figura 1. Lesión tumoral, excrecente, con amplias zonas necróticas y con sangrado activo.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-112

SARCOMA DE KAPOSI CÓLICO EN PACIENTE CON VIH

Delgado Galán, María [1]; López-Martín, M. Carmen [1]; Martín Rebollo, María Jesús [2]; Calvache Rodríguez, Almudena [1]; Barranco Cao, Raquel [1]; Briz Romero, Rosa [1]; Bejerano Domínguez, Alicia [1]; Alarcón Del Amo, Cristina [1]; Olivares, Ana [1]; Payeras Llodrá, Guillermo [1]

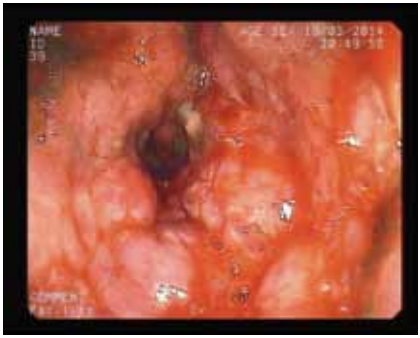
[1] Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid; [2] Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

INTRODUCCIÓN: Varón de 50 añós, homosexual, sin antecedentes médicos de interés, remitido por rectorragia desde hacía varias semanas. Presenta además lesiones cutáneas eritematovioláceas sobreelevadas en tronco y extremidades.

ENDOSCOPIA: Mucosa rectal engrosada, mamelonada y friable que afecta a toda la pared del colon produciendo estenosis de la luz. Resto del colon no explorado por restos fecales. Biopsias con infiltrado inflamatorio crónico. Se repite colonoscopia con hallazgos similares y nueva toma de biopsias que muestran proliferación vascular, hemorragia y estudio inmunohistoquímico positivo para VHH-8, CD34 y CD 31, con proliferación (Ki67) del 70%. Tinción citomegalovirus (CMV) negativo. Diagnóstico: Mucosa con lesiones erosivas secundarias a sarcoma de Kaposi.

COMENTARIOS:

- El sarcoma de Kaposi es un tumor de origen vascular asociado a infección por el virus del herpes simple humano tipo 8 (HVS-8). Es el tumor más frecuente en pacientes con VIH.
- La afectación gastrointestinal ocurre aproximadamente en el 40% de los pacientes VIH.
- El diagnóstico de confirmación es histológico, siendo difícil por tendencia a la afectación submucosa.
- La afectación visceral se relaciona generalmente con estadios avanzados de la enfermedad y suele ir acompañada de afectación en otras localizaciones, típicamente cutánea.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-113

DIARREA SECUNDARIA A FÍSTULA GASTROCOLOCUTÁNEA EN PACIENTE PORTADOR DE PEG

Piñero Pérez, María Concepción; Revilla Morato, Cristina; Pérez Corte, Daniel; Marcos Prieto, Héctor Miguel; Umaña Mejía, Josué; Álvarez Delgado, Alberto; Rodríguez Pérez, Antonio
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

INTRODUCCIÓN: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) permite mantener una adecuada nutrición en pacientes con dificultad en la deglución. Es técnica simple pero puede conllevar riesgos. La tasa de complicaciones oscila entre 8-30%,. La fístula gastrocolocutánea es una complicación poco frecuente (0,5%).

ENDOSCOPIA: Paciente de 56 años con antecedente de carcinoma epidermoide de laringe tratado con exéresis del tumor y radioterapia, portador de sonda PEG desde entonces.

El paciente presenta diarrea de un mes de evolución, con 3-4 deposiciones al día sin productos patológicos, sin dolor abdominal ni fiebre. Analíticamente destaca hipoalbuminemia y anemia ferropénica. Los reactantes de fase aguda son normales.

Tras descartar origen infeccioso se realiza colonoscopia, donde se observa el balón de la sonda PEG situado a nivel de colon transverso (fotografía 1), por lo que se realiza gastroscopia (fotografía 2) donde se observa fístula gastrocólica a nivel de cuerpo gástrico.

Se realiza TC donde no se observan abscesos ni otras complicaciones.

Se decide realizar tratamiento quirúrgico de la fístula. El paciente fallece en el postoperatorio por neumonía por aspiración.

COMENTARIOS: La fistulización gastrocólica puede presentarse de forma aguda en el acto de la colocación de la PEG aunque habitualmente suele manifestarse en forma de cuadro diarreico meses, incluso años tras la colocación de la sonda. La fístula gastrocólica deberá ser sospechada ante cualquier paciente portador de PEG que desarrolle cuadro diarreíco de origen incierto.

El tratamiento puede ser conservador, quirúrgico y también se han descrito casos de tratamiento endoscópico utilizando hemoclips y pegamento endoscópico (Glubran-2®).

1

2

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-114

¿COLITIS MICROSCÓPICA?

Martínez-Alcalá García, Felipe [1]; Pérez Pozo, José Manuel [2]; Gutierrez, Ignacio [3]; Leon Montañez, Rafael [4]; Martínez Alcala, Felipe [2]

[1] Centro Andauz de Gastroenetrología Integra, Sevilla; [2] Centro Andaluz de Gastroenetrología Integra, Sevilla; [3] Hospital Infanta Luisa, Sevilla; [4] Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Mujer de 66 años, con antecedentes personales de hepatopatía virus C, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica leve, que acude para estudio de síndrome diarreico crónico sin síndrome constitucional asociado.

Realizamos colonoscopia.

ENDOSCOPIA: Colonoscopia, se observan múltiples placas blanquecinas de tendencia lineal, con marcada fragilidad mucosa al roce y a la insuflación, con un predominio marcado a nivel de recto, colon sigmoides y colon descendente, donde estas lesiones tienden a confluir, adquiriendo de nuevo un aspecto prácticamente normal en segmento proximales.

Imagen 1. Colon sigmoides.

Se toman biopsias, observándose una linfocitosis intraepitelial (CD8 +) compatible con colitis linfocítica. No se advierten alteraciones metabólicas ni depósito de material amiloide.

COMENTARIOS: La colitis linfocítica, es una forma de colitis microscópica que causan en torno al 15 % de las diarreas crónicas, su diagnóstico es siempre histológico, debido a que generalmente presentan un aspecto normal y sólo en algunos casos se describen hallazgos inespecíficos tales como edematización, perdida del patrón vascular, o discretos desgarros de tendencia longitudinal y superficial.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-115

COLONOSCOPIA URGENTE EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL E IMAGEN EN "GRANO DE CAFÉ" ¿ES UN VÓLVULO DE SIGMA?, A VECES LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

Serrano Ladrón De Guevara, Soledad; Martín Ibáñez, José Juan; Torregrosa Lloret, María; Candel Erenas, José Miguel; Martínez Otón, José Antonio; García Tercero, Iván; Carrión García, Fuensanta; Montoro Martínez, Pedro; Pastor Gálvez, Silvia; Rincón Fuentes, José Pablo; Morán Sánchez, Senador

HGU Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Mujer de 43 años sin antecedentes que ingresa por dolor abdominal brusco, muy intenso asociado a vómitos. Se realiza radiografía de abdomen con imagen en "grano de café" que sugiere vólvulo de sigma (foto 1).

ENDOSCOPIA: Se explora hasta 120 cm, encontrando convergencia de pliegues colónicos, que condiciona estenosis infranqueable de la luz (foto 2).

EVOLUCIÓN: La paciente presenta aumento del dolor, con peritonismo, realizándose TAC urgente con hallazgo de ascitis, colon derecho con paredes edematizadas, e imagen de remolino de eje mesentérico, compatibles con sufrimiento intestinal. Se realiza laparotomía urgente encontrando liquido seroso peritoneal y gran dilatación de ciego de 30 cm secundario a volvulación de su meso con paredes congestivas. Se procede a de-volvulación, resección de ciego (foto 3), y cierre del ojal mesentérico.

COMENTARIOS: El vólvulo de ciego se produce por la torsión del mismo sobre su eje mesentérico, Es una enfermedad infrecuente que representa el 15% de los vólvulos intestinales, supone el 1-1.5 % de las causas de oclusión intestinal, y dada su baja incidencia (2.8-7.1 por millón de personas/años), así como su clínica y los hallazgos radiográficos inespecíficos condicionan un retraso en el diagnóstico de una enfermedad grave, con una mortalidad de hasta el 30-40% si existe isquemia intestinal. Se han descrito 3 tipos de vólvulo cecal: torsión axial que era el tipo que presentaba nuestra paciente, torsión en bucle y báscula cecal, siendo los dos primeros los más graves, por coexistir estrangulación vascular.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-116

COLITIS PSEUDOPOLIPOIDEA POR LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO DEL COLON

Valdivielso Cortázar, Eduardo; Borda Martín, Ana; González De La Higuera Carnicer, Belén; Sainza Caballero, Elisabeth; Jiménez Mendióroz, Francisco Javier; Jiménez Pérez, Francisco Javier; Fernández-Urién, Ignacio
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Varón de 62 años que consulta por cuadro diarreico de 10 días de evolución que no respeta la noche, acompañado de fiebre, mialgias y anemia microcítica. Se solicita un coprocultivo que es positivo para Campilobacter jejuni.. Se realiza estudio endoscópico en el que se aprecia una colitis pseudopolipoidea, tomándose muestras para estudio anatomopatológico, que da lugar al diagnóstico de linfoma de células B de células del manto del colon. Es derivado a consultas de Hematología donde se comienza tratamiento quimioterápico con buena evolución por el momento.

ENDOSCOPIA:

COMENTARIOS: El linfoma del manto es uno de los linfomas de células B no Hodgkin. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadíos ya avanzados, con afectación extraganglionar, incluyendo el bazo, médula ósea, y tracto gastrointestinal. Éste se afecta en el 10-28% de los casos. La imagen endoscópica típica es una poliposis linfomatosa múltiple y, menos frecuentemente, se manifiesta como lesiones superficiales o levemente protruyentes. El linfoma de células del manto expresa antígenos de células B, CD5 y FMC7. Además, la ciclina D1 es de utilidad para distinguirlo de otros linfomas.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-117

MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE COLITIS ISQUÉMICA

Martínez Pascual, Cristina [1]; Martínez Bonil, María Del Carmen [1]; Castillo Espinosa, José Manuel [1]; Medranda Gómez, María De Los Ángeles [1]; Antón Ródenas, Gonzalo [2]; Muñoz Tornero, María [2]; Martínez Caselles, Alejandro [3]; Piñar Cabezos, Diana [1]; López García, Juan Francisco [1]; Paricio, Pedro [1]

[1] Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor, San Javier, Murcia; [2] Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia; [3] Hospital de la Vega Baja, Orihuela, Alicante

INTRODUCCIÓN: Mujer de 85 años con antecedentes de HTA, DLP y ACxFA. Desde 9 meses antes del ingreso presenta episodios de rectorragia abundante con coágulos, cada vez más frecuentes y asociando al final dolor abdominal y fiebre. Por este motivo ingresa en 4 ocasiones realizando en todos los casos colonoscopia con hallazgos endoscópicos sugestivos de colitis isquémica segmentaria pero sólo con confirmación histológica en las últimas biopsias. Salvo en el último ingreso el cuadro cedía con sueroterapia iv.

ENDOSCOPIA: Afectación a nivel de unión recto-sigmoidea consistente en amplias ulceraciones con fibrina, áreas violáceas, importante friabilidad y grandes coágulos submucosos cubiertos de mucosa desvitalizada que se desprenden parcialmente al roce. El resto del colon es normal.

COMENTARIOS: La colitis isquémica segmentaria crónica representa el 20% de las formas clínico-evolutivas de la colitis isquémica y puede evolucionar en forma de cuadros similares a la EII (diarrea con pus y sangre), sepsis recurrente con fiebre y leucocitosis (translocación bacteriana) o estenosis. El tratamiento, si es posible, es conservador mediante reposo intestinal, reposición hidroelectrolítica iv y antibioterapia. Si no mejora en 24-48 h se debe administrar nutrición parenteral, como ocurrió en el último ingreso de nuestra paciente, y si la evolución es desfavorable cirugía.

El caso destaca por las imágenes endoscópicas llamativas (grandes coágulos submucosos), la infrecuente presentación de la colitis isquémica en su forma crónica y la importancia del diagnóstico de sospecha (> 60 años, factores de riesgo cardiovascular y segmento afectado) ya que en ocasiones la biopsia no ayuda al diagnóstico.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-118

METÁSTASIS EN COLON DE CÁNCER DE PULMÓN NO CONOCIDO: CASO CLÍNICO

Ferrero León, Paula; Larraona Moreno, José Luis; Calle Sanz, Raquel; Millán Lorenzo, Marina; Llorca Fernández, Rocío; Romero Gómez, Manuel
Hospital Universitario de Valme, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Las metástasis colónicas son infrecuentes y dificultan el diagnóstico y manejo del tumor primario. Los tumores que pueden causarlas son estómago, mama, ovario, riñón, melanoma o pulmón, como el caso que presentamos.

ENDOSCOPIA: Varón (52 años) diagnosticado de colitis ulcerosa (mesalazina) y diverticulitis aguda en 2012 manejada de forma conservadora. En seguimiento por Digestivo, presenta infecciones urinarias recurrentes y neumaturia, sospechándose fístula entero-vesical. Realizamos colonoscopia hasta 22 cm distales del colon con hallazgo de estenosis mamelonada, friable y estenosante, sugestiva de neoplasia de sigmoides. Las biopsias informan de carcinoma pobremente diferenciado con inmunofenotipo/inmunotinción compatibles con metástasis de adenocarcinoma pulmonar. El TAC de extensión muestra una masa pulmonar en língula y neoplasia sigmoide con fistulización a vejiga; lesión focal hepática y nódulo adrenal sugestivos de metástasis y adenopatías patológicas toracoabdominales. Oncología inicia quimioterapia y posteriormente presenta obstrucción intestinal que precisa de colostomía de derivación.

COMENTARIO: Las metástasis colónicas están estudiadas en casos de diseminación tumoral del primario, pero menos frecuentes son las metástasis directamente a colon sin compromiso del peritoneo. Producen síntomas variados o pueden ser hallazgo en la autopsia. Es habitual que se presente después del diagnóstico primario, pero pueden ser sincrónicas o anteriores. El cáncer de pulmón con metástasis intestinal es de peor pronóstico, con una supervivencia de 4-8 semanas aunque la resección curativa en pacientes seleccionados puede mejorarla. Es un caso infrecuente y con escasa bibliografía que nos debe hacer incluir las metástasis en el diagnóstico diferencial de las lesiones colónicas, destacando la importancia de las biopsias.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-119

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA ANASTOMÓTICA TRAS CIRUGÍA COLO-RECTAL

Vega López, Ana Belén; Pons Vilardell, Carles; Barenys Lacha, Merce; Abad Lacruz, Agueda; Villaverde, Joana; Andreu Solsona, Víctoria; Perello Juan, Antonia; Martínez Vilalta, Miquel; Sueiras, Albert; López, Alicia
Hospital de Viladecans, Viladecans

INTRODUCCIÓN: La hemorragia postoperatoria de origen anastomótico tras cirugía colorectal no es una complicación excepcional. En la mayoría de las ocasiones es una hemorragia leve y autolimitada que se manifiesta en forma de rectorragia, más o menos importante durante las primeras horas postoperatorias. La mayoría de casos se resuelven bajo tratamiento conservador; pero la hemorragia más severa, obliga a tomar medidas de tratamiento activo que incluye la revisión y terapéutica endoscópica. Nuestro objetivo es presentar la endoscopia digestiva baja como alternativa terapéutica de la hemorragia postoperatoria a partir de nuestra experiencia.

ENDOSCOPIA: Se revisa un período de 6 años (2008-2014), durante el cual se efectuaron 460 colectomies (404 electivas y 56 urgentes). De 460 colectomies, un 75% (n=345) se realizaron por vía laparoscópica. Se objetivaron 17 casos (3.6 %) de hemorragia anastomótica. De ellas 8 (n=1,7%) requiririó una revisión endoscópica dentro de las primeras 48 horas postoperatorias por rectorragia persistente con estabilidad hemodinámica. Seis casos requirieron esclerosis y/o aplicación de clips en la línea de sutura. En todos los casos se consiguió una hemostasia correcta y definitiva. La dehiscencia anastomótica, se produjo en el 5,1% de pacientes, pero ninguna de ellas ocurrió en los pacientes revisados endoscópicamente.

COMENTARIOS: La revisión endoscópica de la sutura tras hemorragia anastomótica, bien indicada y si es necesaria, es una técnica útil, fiable y segura. En nuestra experiencia, no ha presentado una mayor morbilidad.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-120

HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE DIFUSA: CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL Y PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Castellano López, Amelia; Higuera Fernández, Maribel; Ganoza Paredes, Mónica; García Centeno, Pilar; Golmayo Flethes, Carmen; De Frutos Rosa, Diego; Santos Rodríguez, Andrés; Gil Alcalde, Marta; Barbero Villares, Almudena; Espinosa Taranilla, Laura; Poves Martínez, Elvira

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid)

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia nodular linfoide difusa (HNLD) es una entidad rara de etiología desconocida, más prevalente en la población pediátrica. Puede afectar a estómago, intestino delgado y grueso. En adultos se ha descrito en pacientes inmunocompetentes, asociado a inmunodepresión, a parasitosis, sobrecrecimiento bacteriano...

ENDOSCOPIA: Caso clínico: Mujer de 61 años, sin antecedentes de interés, ingresada por dolor abdominal y pseudoobstrucción intestinal de 15 días de evolución.

TAC y enteroRMN: Engrosamiento difuso de la pared de colon derecho e ileon terminal, con disminución de la luz.

Colonoscopia: En ángulo hepático mucosa edematosa, eritematosa, de aspecto polipoideo, que ocluye la luz, impidiendo el paso del endoscopio, de consistencia aumentada a la toma de biopsias.

Anatomía Patológica: Nódulos linfoides sospechosos, con inmunohistoquímica no concluyente (descartándose EII).

Dado el cuadro oclusivo se realizó hemicolectomía derecha y resección de ileon terminal. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica reveló HNLD.

COMENTARIOS: La HNLD suele ser asintomática, aunque puede presentarse con dolor abdominal, diarrea, hemorragia oculta y, raramente, obstrucción intestinal. Esta variabilidad clínica suele conllevar retrasos en el diagnóstico.

Es una entidad benigna, pero se han descrito casos de transformación maligna (linfomas).

Endoscópicamente se observan múltiples nódulos milimétricos (<0.5cm) por lo que debe realizarse diagnóstico diferencial con los síndromes polipósicos.

El pronóstico a largo plazo no está definido, recomendándose vigilancia endoscópica con toma de biopsias sin estar establecidos la duración del seguimiento, los intervalos ni el tratamiento.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

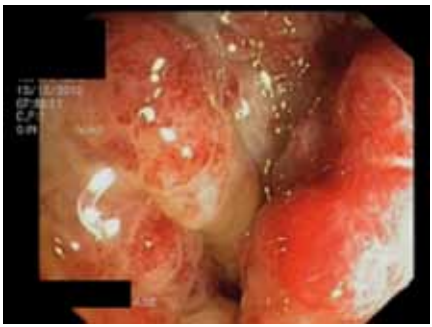
P-121

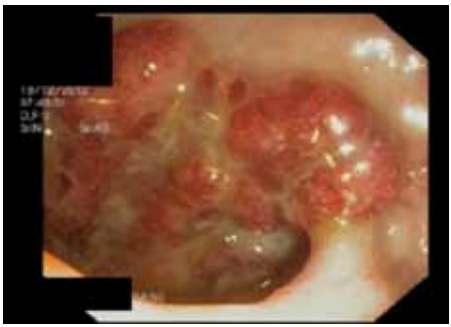
CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO: SARCOMA DE KAPOSI COLORRECTAL

Ferrero León, Paula; Llorca Fernández, Rocío; Millán Lorenzo, Marina; Jimeno Maté, Carlota; Márquez Castro, Celina; Larraona Moreno, José Luis; Romero Gómez, Manuel
Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Varón de 33 años, VIH (estadio A2) sin cumplir criterios para tratamiento, en seguimiento por Infeccioso. Presenta diarrea de 6 semanas de evolución con 5-6 deposiciones líquidas/día sin sangre, pérdida de 10 kg, astenia y dolor abdominal. En la analítica destaca una anemia microcítica, hipoglucemia, hipoproteinemia y PCR elevada. Serología infecciosa completa, anticuerpos anticeliaquía, parásitos en heces y coprocultivo fueron negativos.

ENDOSCOPIA: Colonoscopia: hasta 25cm de margen anal con hallazgo desde los últimos 10cm de lesiones vasculares elevadas con mucosa intercalar normal que estenosan la luz, compatibles con Sarcoma de Kaposi (SK). Las biopsias y el estudio inmunohistoquímico para HHV-8 confirman el diagnóstico. TAC toracoabdominal: engrosamiento difuso de la pared colónica hasta ciego y múltiples adenopatías hipercaptantes axilares, mesentéricas, retroperitoneales e inguinales compatibles con infiltración por SK. Oncología inicia antirretrovirales y doxorrubicina.





COMENTARIO: El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular que suele desarrollarse en inmunodeprimidos (VIH), siendo necesaria infección por HHV-8. En los años 80-90 era relativamente frecuente pero su incidencia ha disminuido tras desarrollo de los antirretrovirales. En ocasiones puede afectar al tracto gastrointestinal, a cualquier (esófago, estómago, intestino delgado, colon) pero es más frecuente en cavidad oral. La clínica varía desde asintomático hasta pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea o malabsorción. Histología e inmunohistoquímica confirman el diagnóstico. El tratamiento específico consiste en doxorrubicina (asociada a antirretrovirales en VIH).

Se trata de un caso poco frecuente y con escasa bibliografía que nos debe hacer incluir el SK en el diagnóstico diferencial de diarrea crónica en inmunodeprimidos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-122

PERFORACIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A SONDA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL

Díaz-Sánchez, Antonio; Serrano, Lorena; Rivero, Miguel; Manzano, Rebeca; González, María Rosario; Riesco, José María; Moya, Eloisa; Campos, Rocío
Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey

INTRODUCCIÓN: Los drenajes ventriculoperitoneales (DVP) son de uso frecuente para el tratamiento de la hidrocefalia. Las complicaciones más comunes del DVP son la infección y la obstrucción del mismo. Describimos el caso de un paciente de 51 años portador de un DVP en el que se realizó una colonoscopia ambulatoria por anemia crónica.

ENDOSCOPIA: Se introduce hasta ciego. A 40 cm del margen anal se observa una sonda que atraviesa la pared del colon y que se dirige hacia el interior del mismo, hasta unos 70 cm. No se identifica salida de contenido a su través. Dado que se desconocía el antecedente del DVP se intenta extraer con una pinza, cesando el intento al notar resistencia.

COMENTARIO: Se realizó una TAC abdominal identificando una perforación colónica secundaria al DVP sin otros datos de complicación, lo que sugería que dado que el paciente se encontraba asintomático, probablemente esta se hubiera producido tiempo atrás por el decúbito de la sonda sobre el peritoneo. Se procedió a su retirada y colocación de uno nuevo tratando una meningitis secundaria. Las complicaciones intestinales de los DVP son infrecuentes. La incidencia de perforación es en torno al 0,1-0,7%, describiéndose algunos casos de extrusión rectal del catéter.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-123

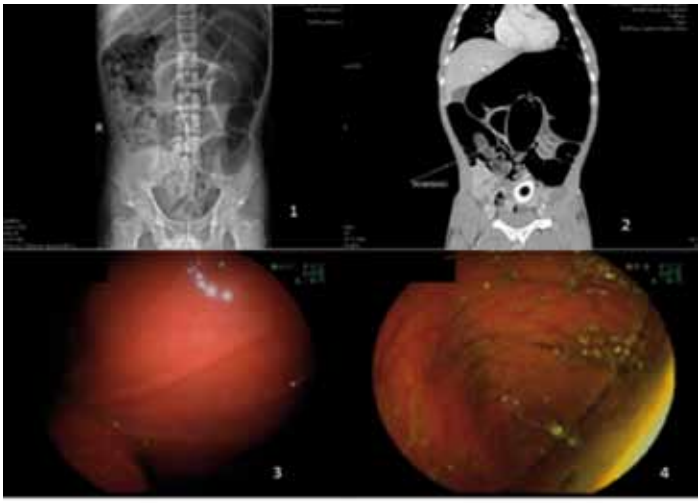
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE SIGMA RESUELTO ENDOSCÓPICAMENTE

Serrano Ladrón De Guevara, Soledad; García Tercero, Iván; Martínez Otón, José Antonio; Montoro Martínez, Pedro; Carrión García, Fuensanta; Sevilla Cáceres, Laura; Torregrosa Lloret, María; Sastre Lozano, Violeta; Alcázar Benzal, Elena; Morán Sánchez, Senador
HGU Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Paciente de 28 años intervenido de urgencia en 2011 por prolapso rectal que presenta dolor y distensión abdominal, vómitos, y ausencia de deposiciones de 5 días de evolución. Se realiza radiografía evidenciando gran dilatación de colon (foto 1). Se solicita Tac de abdomen con hallazgo de severa dilatación de colon, transverso de 9.5 cm y stop al paso de contraste secundario a vólvulo de sigma con signo del remolino y torsión de vasos mesentéricos y vasos (foto 2).

ENDOSCOPIA: Colon dilatado desde recto con mucosa de aspecto normal. Se progresa hasta unos 100 cm de MA, donde se aprecia fruncimiento de la mucosa (foto 3), que sugiere extremo proximal de vólvulo. Desde esa distancia hasta 110 cm, la luz es normal, suspendiéndose la exploración por restos de heces (foto 4). Se retira endoscopio, con aspiración mantenida consiguiéndose colapso de la pared mucosa y resolución del vólvulo.

COMENTARIOS: El vólvulo de sigma se produce por la torsión y rotación del asa sobre el eje mesocólico, y suele estar causado por factores anatómicos como la alteración de los plexos murales o la neurapatía autonómica o por factores mecánicos. Suele producir obstrucción intestinal y se diagnostica mediante radiología siendo típica la imagen en "grano de café", que no estaba presente en nuestro caso lo que ocasionó un retraso en el diagnóstico y obligó a realizar un Tac abdominal. El tratamiento puede ser médico mediante descompresión endoscópica o quirúrgico, presentando tasas de recidiva del 43% y 6% respectivamente.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-124

NO SÓLO EL CIEGO "VE" LA TUBERCULOSIS

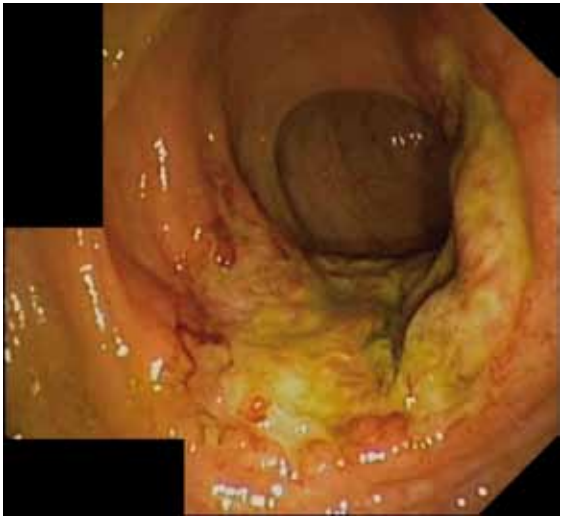
Rebolledo Olmedo, Susana; Borobia Sánchez, Rodrigo; Pereira Julia, Aranzazu; Merino Rodríguez, Esther; Carrera Alonso, Elisa; Hergueta González, Javier; Aguilar Alvarado, Daniel; Sánchez Da Silva, Marta; Lozano Varela, María; Miquel Plaza, Joaquín
Hospital Universitario De Guadalajara, Guadalajara

La localización intestinal es una forma poco habitual de presentación de la tuberculosis intestinal. Habitualmente la afectación se localiza a nivel de ciego e ileon terminal, simulando un tumor o enfermedad de Crohn a ese nivel.

Presentamos un caso de tuberculosis colónica de interés por su localización y presentación endoscópica atípicas, y su rápida y fatal evolución.

Varón de 72 años, trasplantado hepático en tratamiento inmunosupresor, que consulta por dolor en hipocondrio derecho, fiebre, diarrea, vómitos y tos de un mes de evolución. Se realizó una colonoscopia que mostró una úlcera de aproximadamente 2 cm a nivel de ángulo hepático. En espera de los resultados de la anatomía patológica y microbiología el paciente presentó mala evolución clínica, por lo que se repite la colonoscopia siete días después, objetivando franco empeoramiento, con aparición de lesiones ulceradas transversales de gran tamaño, no estenosantes, de bordes irregulares y sobreelevados, en colon ascendente, transverso y descendente. La anatomía patológica revela granulomas. La PCR es positiva para Mycobacterium tuberculosis, observándose BAAR. Se inicia tratamiento antituberculostático, presentando mala evolución con desarrollo de afectación cutánea y neurológica, falleciendo un mes después.

El diagnóstico de tuberculosis colónica extracecal requiere un alto índice de sospecha por ser una localización rara.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-125

LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO DIAGNOSTICADO A PARTIR DE UNA BIOPSIA COLÓNICA EN PACIENTE CON DIARREA

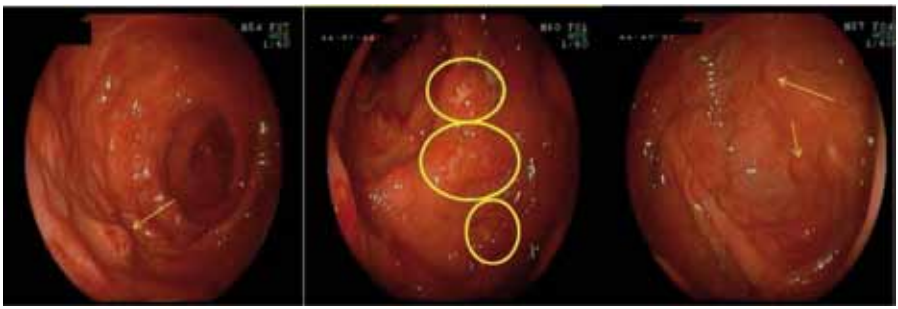
Serrano Ladrón De Guevara, Soledad; Vicente López, Jaime; Martínez Otón, José Antonio; Carrión García, Fuensanta; García Tercero, Iván; Torregrosa Lloret, María; Rincón Fuentes, José Pablo; Romero Cara, Patricia; Martínez García, Pilar; Morán Sánchez, Senador
HGU Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Varón de 59 años sin antecedentes de interés, con alteración del hábito intestinal de 2 meses de evolución, sin otra sintomatología ni alteraciones analíticas.

ENDOSCOPIA: Mucosa rectal con leve actividad inflamatoria y pseudopólipos cubiertos de fibrina que se biopsian. A partir de 10 cm mucosa normal, persistiendo pequeños pseudopólipos con fibrina en su polo superior, que son menos numerosos en colon ascendente, aunque persisten incluso en ciego (foto 1). Histología e inmunohistoquímica: infiltración submucosa y mucosa por Linfoma de células del manto (LM) (poliposis linfomatosa intestinal), CD20, bcl-2, ciclina D1, IgD y CD5 positivas.

EVOLUCIÓN: Se realizaTAC cervicotorácico con hallazgo de adenopatías cervicales bilaterales e hipertrofia linfoidea del anillo de Waldeyer que abomba sobre vía aérea. Se extirpan dos adenopatías con confirmación anatomopatologica del diagnóstico obtenido en las biopsias colónicas. Se deriva a Hematología realizándose biopsia de médula ósea que está infiltrada por el linfoma. Se inicia quimioterapia, planteándose trasplante autólogo de medula.

COMENTARIOS: El LM es un LNH de células B con una incidenica del 2.5 al 7%. Presenta 2 formas de presentación clínica, indolente y agresiva, que a su vez dependen de las vías patogénicas y alteraciones moleculares, siendo la alteración inicial la sobreexpresión de la ciclina D1. El tracto gastrointestinal se afecta en el 20% de los casos, sobre todo a nivel ileocecal, siendo la poliposis linfomatosa múltiple la manifestación más común. El comportamiento biológico es muy agresivo, siendo una neoplasia incurable con los tratamientos quimioterápicos estándar, con una supervivencia media de 3-5.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-126

ENTEROCOLITIS SEVERA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO

Martínez Bonil, María Del Carmen [(1)]; Martínez Pascual, Cristina [(1)]; Castillo Espinosa, José Manuel [(1)]; Medranda Gómez, María De Los Ángeles [(1)]; Carbonell Ruiz, Daniel José [(2)]; Antón Ródenas, Gonzalo [(2)]; Arango Sánchez, María [(1)]; López García, Juan Francisco [(1)]

[(1)] Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor, Murcia; [(2)] Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: Mujer de 53 años que ingresa por presentar diarrea sanguinolenta y fiebre. Sin patologia médica conocida ni antecedentes de consumo de fármacos o ingresos hospitalarios.

- Toxina y Antígeno de Clostridium Difficile en heces: Positivas.
- TAC abdómino-pélvico con dilatación de asas ileales, realce mural, cambios en la densidad de la grasa regional y líquido libre abdominal.

ENDOSCOPIA: A partir de 60 cms de margen anal, lesiones de coloración blanquecina circulares de 2-5 mms, rodeadas de halo eritematoso y sobreelevado inflamatorio con centro ulcerado. En colon derecho afectan a la mucosa de forma continua. Válvula ileocecal e íleon terminal con afectación menor con aftas aisladas.

COMENTARIOS: La colitis pseudomembranosa es una inflamación de la mucosa intestinal caracterizada por la presencia de pseudomembranas en el intestino delgado y/o colon. El agente causal más frecuente es *Clostridium difficile*.

Entre sus factores de riesgo se encuentran uso de antibióticos, edad avanzada, severidad de la patología asociada, inmunosupresión, ser receptor de procedimientos que alteren la flora comensal (sondas, enemas, cirugía del tracto digestivo…), supresión de ácido gástrico o uso de quimioterapia. Estudios recientes han mostrado un incremento en la incidencia, gravedad y recurrencia de la infección por C. difícile debido a aparición de cepas más virulentas.

El interés de nuestro caso radica en que se trata de la imagen endoscópica de una paciente con enterocolitis pseudomembranosa severa adquirida en la comunidad, sin factores de riesgo para la misma, caso infrecuente que en los últimos años está mostrando un aumento en su incidencia.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-127

CAPECITABINA: POSIBLE AGENTE CAUSAL DE COLITIS GRAVE

Magaz Martínez, Marta; Llop, Elba; González Partida, Irene; López, Marta; Relea, Lucía; Vera, Maribel; Martínez Porras, José Luis; Gonzaga, Ana; Abreu, Luis
Hospital Puerta De Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN: Mujer de 58 años con antecedente relevante de cáncer de mama con metástasis óseas, que tras quimioterapia neoadyuvante y mastectomía radical, estaba recibiendo tratamiento con capecitabina desde hacía cuatro días. Teniendo que ser suspendida por inicio de cuadro febril con dolor abdominal, diarrea de doce deposiciones al día con deshidratación secundaria y rectorragia intermitente.

ENDOSCOPIA: Se realiza colonoscopia, donde se objetiva a 55 cm del margen anal exterrno (MAE) una estenosis que no permite el paso del endoscopio (Figura A y B), por lo que se comienza la retirada visualizando colon descendente, sigma y recto con una afectación continua moderada-grave de la mucosa colónica en forma de eritema, edema, úlceras longitudinales superficiales, áreas blanquecinas sugestivas de necrosis. Todo ello sugestivo de colitis moderada-grave inespecífica versus isquémica. La anatomía patológica reveló un tejido de granulación con intensa atipia de carácter reparativo. Dado el antecedente de tratamiento con capecitabina, se diagnosticó de colitis moderada-grave secundaria a dicho tratamiento.

COMENTARIOS: La capecitabina es un tipo de quimioterapia empleado entre otros usos para el cáncer de mama metastático. Uno de sus efectos adversos más frecuentes es la diarrea (estando presente hasta en la mitad de los casos) y en menos de un 5% puede provocar colitis. La paciente recibió hidratación intravenosa y tratamiento antibiótico intravenoso. Fue valorada por servicio de cirugía general, que desestimaron necesidad de cirugía. A posteriori, se desescaló antibioterapia a vía oral, encontrándose en la actualidad asintomática y realizando tres deposiciones al día.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-128

METÁSTASIS COLÓNICAS DE MELANOMA: UNA CAUSA DIFERENTE DE ANEMIA

Magaz Martínez, Marta; Garrido, Aurelio; Hernández, Marta; Bernardo, Cristina; Agudo, Belén; Núñez, Rafael; Martínez Porras, José Luis; Vera, Maribel; Abreu, Luis
Hospital Puerta De Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN: Varón 77 años con antecedente relevante de melanoma estadio IV (metástasis pulmonares) y finalización de tratamiento con quimioterapia hacía mes y medio. Coincidente con el término de la quimioterapia, el paciente presenta dudosas melenas y se visualiza analíticamente anemización por lo que se realiza gastroscopia, siendo la misma normal. Vuelve a ingresar por anemización por lo que se solicita colonoscopia.

ENDOSCOPIA: Se introduce la óptica hasta el ciego observándose a nivel de colon ascendente una tumoración elevada y ulcerada de 1.5 cm (Figura X y XXX) y en ángulo hepático otra de similares características de unos 2.5 cm (Figura XX) que se biopsian, así como otra más pequeña en colon transverso de 8 mm de diámetro, todas ellas compatibles con metástasis colónicas de melanoma. Siendo confirmado con la histología.

COMENTARIOS: Las metástasis gastrointestinales del melanoma maligno pueden presentarse como tumores mucosos o submucosos, implantes serosos o carcinomatosis. Se localizan en cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero los sitios más frecuentes son el intestino delgado (60 %), seguido del estómago (25 %), intestino grueso (20 %) y esófago y pueden manifestarse de diversas formas, siendo las más frecuentes el dolor abdominal (29 %), obstrucción (27 %) y sangrado (26 %). Dependiendo de la situación las opciones terapéuticas pueden basarse en cirugía o quimio/radioterapia. Este caso fue valorado por servicio de Oncología Radioterápica desestimando tratamiento por su parte. Sopesadas las opciones terapéuticas con sus familiares, dado el escaso beneficio de iniciar otra línea de quimioterapia, se decide conjuntamente iniciar cuidados paliativos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-129

BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL COMO CAUSA DE URGENCIA ENDOSCÓPICA

Pacas Almendarez, Carlos; Rey Sanz, Rafael; Montiel Portillo, Eliana V; Gonzalo Bada, Nerea; Burgos García, Aurora; Froilan Torres, Consuelo; De María Pallares, Pedro; Suárez De Parga, José Manuel; Mora Sanz, Pedro
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN: La biopsia prostática transrectal ecodirigida (BTE) la técnica más utilizada para el diagnóstico del cáncer de próstata. Dentro de sus complicaciones destacan hematuria, infección urinaria y sangrado rectal. Presentamos un caso de un paciente con sangrado rectal profuso posterior a BTE.

ENDOSCOPIA: Varón de 70 años con síndrome prostático y valores elevados de PSA, al cual se le realizó de forma programada una BTE; tras 24 horas post- realización del procedimiento presentó rectorragia profusa, mareos y sudoración. Acude a urgencias constatándose hipotensión (90/60mmHg) y taquicardia (110lpm). En la analítica anemización, Hb de 8.6 gr/dl (Hb previa 12,8 gr/dl). Se realiza rectoscopia urgente observando restos hemáticos en ampolla rectal. En cara anterior de recto se apreciaba vaso pulsátil de 3 mm de diámetro con sangrado activo, sobre el cual se inyectó 3 cc de adrenalina al 1/10.000 sin cese del debito hemático, complementándose la terapéutica con 2 hemoclips, lográndose el cese del sangrado. El paciente precisó transfusión de 2 concentrados de hematíes; y fue dado de alta tras 24 horas de observación, sin objetivarse nuevos episodios de exteriorizaciones hemorrágicas con Hb de 10.2 gr/dl.

COMENTARIOS: Las complicaciones post-BTE son muy infrecuentes (8-10%). Sin embargo un porcentaje bajo pueden presentar complicaciones graves (< 0.1%) como la hemorragia rectal profusa. El tratamiento inicial de este tipo de hemorragia es la compresión digital directa o un taponamiento rectal. La terapia endoscópica es el tratamiento de elección en los centros en donde este disponible su realización urgente.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-130

COMPLICACIÓN RECTAL INFRECUENTE SECUNDARIA A COLOCACIÓN DE HEM-O-LOK POSTERIOR A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pacas Almendarez, Carlos; Castillo Grau, Pilar; Gonzalo Bada, Nera; Montiel Portillo, Eliana; Froilan Torres, Consuelo; Burgos García, Aurora; Mora Sanz, Pedro
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) es una técnica que ha supuesto un avance en el tratamiento del cáncer prostático. Para evitar el uso de energía termocalórica en la proximidad de las bandeletas neurovasculares, se han utilizado clips de polímero no absorbible Hem-o-lok, los cuales pueden presentar complicaciones. Presentamos un caso de una complicación derivada de la colocación de Hem-o-lok en una cirugía urológica.

ENDOSCOPIA: Varón de 64 años intervenido por Adenocarcinoma prostático por PRL, sin complicaciones inmediatas. A las 2 semanas post-intervención acude a Urgencias por rectorragia autolimitada, sin signos de inestabilidad hemodinámica. Presentaba Hb de 10.6 gr/dl, resto de analítica normal. Se realizó colonoscopia sin evidenciarse restos hemáticos en ampolla rectal; en cara anterior de recto presentaba solución de continuidad de la mucosa de 2x2 cm, por la que sobresalían clips quirúrgicos, rodeados de una mucosa granular y de consistencia dura. Posteriormente se solicitó la extracción del material y corrección del defecto en la pared del recto.

COMENTARIOS: La prostatectomía radical laparoscópica es una técnica ampliamente estandarizada con una incidencia de complicaciones derivadas de lesiones rectales que oscila entre 0 – 2.5%. El uso de clips metálicos y Hem-o-lok, para minimizar los efectos lesivos de la energía térmica en las estructuras neurovasculares, puede condicionar la aparición de complicaciones relacionadas con la migración y/o erosión de estos materiales, pudiendo generar hemorragias digestivas bajas secundario a úlceras en recto. Es importante tener en cuenta estas complicaciones en pacientes sometidos a este tipo de intervención.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-131

PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO ULCERADO, UNA RARA CAUSA DE HDB

Antón Ródenas, Gonzalo [(1)]; Martínez Pascual, Cristina [(2)]; Muñoz Tornero, María [(1)]; Martínez Bonil, M. Carmen [(2)]; Castillo Espinosa, J. Manuel [(2)]; Navarro Noguera, Elena [(1)]; Estrella Díez, Esther [(1)]; Sánchez Velasco, Eduardo [(1)]; Pereñíguez López, Ana [(1)]; Carballo Álvarez, Luis Fernando [(1)]

[(1)] Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar; [(2)] Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo

INTRODUCCIÓN: Mujer de 58 años que se realiza colonoscopia dentro del programa de cribado de CCR detectándose, en ángulo hepático, formación polipoidea de 6cms. recubierta de mucosa normal, diagnosticándose de quiste duplicativo. Las biopsias tomadas fueron normales. 3 meses después la paciente comienza con hematoquecia. Se realiza nueva colonoscopia apreciándose ulceración en lesión anteriormente descrita, sin sangrado activo. Ante sospecha de neoplasia se practica hemicolectomía, informando el análisis anatomopatológico de la pieza de pólipo fibroide inflamatorio.

ENDOSCOPIA:

1ª colonoscopia: En ángulo hepático se aprecia formación polipoidea en forma de dedo de guante, de unos 6cms de longitud y 1 de diámetro, con mucosa normal.

2ª colonoscopia: Formación excrecente vista en estudio previo con ulceraciones en su superficie, sin aspecto neoplásico y sin signos de hemorragia activa.

COMENTARIOS: El pólipo fibroide inflamatorio (tumor de Vanek) es un tumor benigno poco frecuente que afecta a cualquier parte del tubo digestivo, más frecuentemente a estómago (70%) e i.delgado (20%). Etiopatogenia desconocida. Macroscópicamente son pólipos de tamaño variable que se originan en submucosa y cuyo crecimiento puede comprometer la serosa o ulcerar la mucosa, como en nuestro caso. Microscópicamente formados por células mesenquimales fusiformes, marcada vascularización e infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos. Inmunohistoquímicamente muestran positividad para vimentina y variable para otras moléculas. La mayoría de veces son asintomáticos, diagnosticándose de forma incidental. Cuando presentan síntomas guardan relación con la localización: dolor abdominal, dispepsia, obstrucción, sangrado… El diagnóstico se establece por análisis anatomopatológico tras resección quirúrgica que además resulta terapéutica. La recurrencia es excepcional.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-132

IMAGEN ENDOSCÓPICA DE MEGACOLON CRÓNICO ASINTOMÁTICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Martínez Bonil, María Del Carmen [(1)]; Martínez Pascual, Cristina [(1)]; Castillo Espinosa, José Manuel [(1)]; Medranda Gómez, María De Los Ángeles [(1)]; Carbonell Ruiz, Daniel José [(2)]; Antón Ródenas, Gonzalo [(2)]; López García, Juan Francisco [(1)]

[(1)] Hospital Universitario Los Arcos Del Marmenor, Murcia; [(2)] Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: Paciente mujer de 60 años, remitida por hallazgo en pruebas de imagen de gran dilatación colónica de hasta 10 cms que condiciona elevación diafragmática izquierda y disfunción ventilatoria restrictiva. Como antecedente relevante, diagnóstico de enfermedad de Crohn con afectación ileal hace 15 años, en situación quiescente desde hace 10 y en tratamiento de mantenimiento con azatioprina. Asintomática desde el punto de vista digestivo.

ENDOSCOPIA: Desde 30 cms de margen anal se aprecia mucosa adelgazada que permite clara visualización de vascularización submucosa, salpicada de pseudopólipos, con desaparición de la haustración, aumento marcado del calibre de la luz, sin estenosis previas a la dilatación ni signos de compresión extrínseca.

COMENTARIOS: El megacolon adquirido crónico puede ser idiopático o secundario a diversas etiologías. Para poder hablar del carácter adquirido de la dilatación colónica es necesario demostrar que no existen anomalías congénitas y que el cuadro no aparece desde el momento del nacimiento. En nuestra paciente, gracias a exploraciones anteriores sabemos que no se trata de un proceso existente previamente y no se identificó tras el estudio pertinente ninguna causa primaria del mismo salvo la preexistencia de la mencionado enfermedad inflamatoria intestinal, completamente quiescente en el momento del diagnóstico y años previos al mismo, sin poder establecer clara relación causal entre ellos.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-133

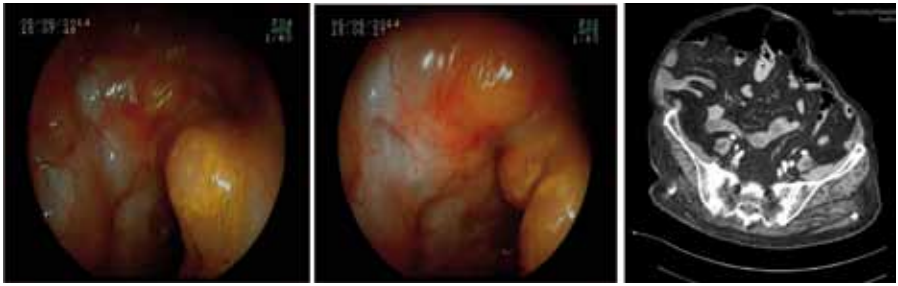
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN NEUMATOSIS COLI. ¿ENTIDAD CLÍNICA O PATOLÓGICA?

Sastre Lozano, Violeta María; Torregrosa Lloret, María; Sevilla Cáceres, Laura; Montoro Martínez, Pedro; Pena Fernández, Isabel; Martín Ibáñez, José Juan; Vicente López, José Jaime; García Tercero, Iván; Candel Erenas, José Miguel
H.G.U. Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: La neumatosis intestinal es una entidad rara caracterizada por múltiples quistes aéreos en la pared gastrointestinal. Presentamos el caso de una mujer de 90 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de una semana de evolución tras traumatismo lumbar accidental.

ENDOSCOPIA: Tras descartar la presencia de obstrucción intestinal y abdomen agudo, se realiza colonoscopia que muestra en colon descendente múltiples lesiones protruyentes cubiertas por mucosa de aspecto normal que sugieren una neumatosis colónica (foto 1 y 2), solicitando TAC abdominal (foto 3), en el que se observan asas intestinales de calibre normal con múltiples estructuras quísticas en submucosa del colon descendente sin signos de isquemia mesentérica ni otras alteraciones. Observando asimismo fractura-aplastamiento de D11.

COMENTARIOS: La neumatosis intestinal es una entidad clínica y no una verdadera patología. Su diagnóstico es poco frecuente dado que generalmente es asintomática. Su localización más frecuente es yeyuno-íleon, ocurriendo en colon en un 36% de casos. La etiología no está del todo definida, aunque se postula que el aumento de presión intraluminal o el paso de bacilos formadores de gas participen en la formación de los quistes. Puede ser idiopática (15% de casos) o secundaria a otros procesos (85%) y su tratamiento habitualmente será médico en los casos que presenten sintomatología, con antibióticos, oxígeno inhalado o cámara hiperbárica. En casos de obstrucción intestinal o abdomen agudo está indicada la intervención quirúrgica, planteando el tratamiento endoscópico con punción y escleroterapia de los quistes en pacientes no operables.



COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-134

ANISAKIASIS COLÓNICA ASINTOMÁTICA

Enciso Coloma, Carlos; Spiçakova, Katerina; Marra-López Valenciano, Carlos; Ramírez De La Piscina Urraca, Patricia; Duca, Ileana; Zozaya Larequi, Franc; Irazabal Remuinan, Nahikari; Urtasun Arlegui, Leire; Ganchegui Aguirre, Idoia; Campos Ruíz, Amaia; Sánchez Paton, Arantxa
Hospital Universitario Álava, Vitoria

Paciente de 74 años. Diagnosticado y tratado 5 años antes de adenocarcinoma de colon pT3 N0 M0 mediante hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica terminoterminal. En colonoscopia de control se detecta a 50 cm de margen anal un parásito Anisakis anclado a la mucosa colónica por uno de sus extremos provocando una pequeña elevación de la mucosa con ulceración reactiva. Se procedió a extraerlo mediante tracción con pinza y a biopsiar la referida lesión secundaria. El estudio anatomopatológico mostró mínimos cambios inflamatorios.

Presentamos el caso por su rareza a juzgar por los aislados casos publicados de afectación cólica por Anisakis. Nuestro paciente estaba asintomático y refería haber comido anchoas 48 horas antes. Se puede especular sobre que la preparación para la colonoscopia haya condicionado el anclaje del parásito en un tramo del tubo digestivo más distal de lo habitual, y sobre que este hecho ocurra con más frecuencia de la publicada, dada la ausencia de sintomatología acompañante

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-135

AFECTACIÓN ILEAL SECUNDARIA A TUMOR CARCINOIDE. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ENFERMEDAD DE CROHN

Burgos García, Aurora; Barbado Cano, Ana; Ruiz Fernández, Gloria; Cerpa Arencibia, Alberto; Fernández Martos, Rubén; Moreno López, Mónica; Bustamante, Katherine; Honrubia, Raúl; Abadía Barno, Marta; Suárez Parga, José Manuel; Mora Sanz, Pedro
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades que afectan al íleon terminal pueden tener distinta etiología: infecciosa, ginecológica, asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal o, más raramente, tumoral. Presentamos una paciente en la que, tras una sospecha inicial de enfermedad de Crohn, se diagnosticó un tumor carcinoide ileal.

ENDOSCOPIA: Mujer de 59 años que acudió por dolor en fosa iliaca derecha y diarrea de 3 meses de evolución de hasta 4-5 deposiciones blandas al día, con moco, no sanguinolentas. Se realizó una primera colonoscopia observándose un íleon estenosado con úlceras y una mucosa exofítica, a descartar enfermedad de Crohn o tuberculosis como primera posibilidad. La histología no fue concluyente. Se repitió la exploración, donde la mucosa exofítica parecía delimitar una neoformación excrecente, ulcerada, friable, dependiente de íleon distal que prolapsaba a ciego a través de la válvula ileocecal. En la anatomía patológica se confirmó un tumor carcinoide ileal bien diferenciado (Ki67<1% y <2mitosis por campos de gran aumento). La cromogranina A (1307), el 5HIIA (15,2) y la gastrina (501) se encontraban elevados. En la TC abdominal y en el octreoscan se visualizó tejido tumoral. Se decidió tratamiento quirúrgico (hemicolectomía derecha) con buena evolución.

COMENTARIOS: Una anamnesis y exploración endoscópica minuciosas permiten hacer un correcto diagnóstico diferencial entre las patologías que afectan al íleon terminal. En él, debemos incluir los tumores carcinoides de intestino delgado que pueden originar dolor abdominal, síntomas pseudoclusivos o síndrome carcinoide con diarrea incluso en ausencia de enfermedad metastásica, síntomas todos ellos superponibles a los de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Ciego, válvula ileocal e ileon terminal.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-136

ROTURA DE BAZO COMO COMPLICACIÓN EXTRAORDINARIA TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA

García García, María José; Castañera González, Ramón; Martín Rivas, Berta; Alonso Martín, Carmen; Rivero Tirado, Montserrat; Gómez Ruiz, Marcos; De La Peña García, Joaquín
Hospital Marqués De Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La realización de colonoscopias está aumentando de forma drástica, en gran medida por los programas de screening de cáncer colorectal implantados hace unos años en nuestro sistema de salud Tradicionalmente el sangrado y la perforación colónica se han descrito como las complicaciones más frecuentes derivadas de la técnica siendo la rotura esplénica una complicación poco frecuente con una incidencia publicada de 0,004%.

CASO ENDOSCÓPICO: Paciente de 58 años, histerectomizada, a la que se le practica una colonoscopia en el programa de screening observando como único hallazgo un pólipo sésil de 2 mm en recto. En su domicilio, tras 5-6 horas de la prueba, refiere cuadro de sudoración, mareo, palidez mucocutánea e hipotensión. A la exploración presenta dolor abdominal y reacción peritoneal. En el TAC abdominal se observa un importante hemoperitoneo secundario a la decapsulación esplénica. Ante estos hallazgos, el paciente es intervenido quirúrgicamente de urgencia precisando una esplenectomía laparoscópica.

CONCLUSIONES: La rotura esplénica es una complicación rara habiendo descrito hasta 2011 solamente 87 casos. Se produce en 48 horas en relación al traumatismo directo al superar la flexura esplénica, la distensión y tracción del ligamento esplenocólico o la realización de procedimientos en una pared colónica adherida al bazo aunque en ocasiones no se ha podido demostrar un factor de riesgo asociado. Dada la importancia clínica es obligada la sospecha de esta complicación, ya que una rápida actuación evitará complicaciones mayores.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-137

PERFORACIÓN TRAS "LOOP-AND-GO" DE LIPOMA GIGANTE EN SIGMA

Iriarte, Ainara; Fernández-Urién, Ignacio; Valdivielso, Eduardo; Jiménez, Javier; Vila, Juan
CHN, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Los lipomas intestinales son tumores benignos, generalmente asintomáticos y que no requieren tratamiento habitualmente. En caso contrario, se pueden tratar endoscópica o quirúrgicamente. Dado que la resección endoscópica conlleva un elevado riesgo de perforación, recientemente se ha propuesto una nueva técnica denominada "loop-and-go" que consiste en colocar un endoloop en el pedículo de la lesión y esperar a que éste se necrose lo que hará que el lipoma se caiga espontáneamente.

ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de un varón de 81 años, estudiado por dolor abdominal y cambio en el ritmo intestinal. En la colonoscopia se observa un lipoma de gran tamaño localizado en sigma. Tras valorar las diferentes opciones terapéuticas, se decide realizar un "loop-and-go", aparentemente sin incidencias. Tres días después, el paciente acude por rectorragia, apreciándose en la rectosigmoidoscopia una mayor congestión del lipoma aunque sin estigmas de sangrado y con el endoloop intacto a nivel del pedículo. Una semana después, el paciente vuelve de nuevo con un abdomen agudo coincidiendo con la expulsión del lipoma. Se confirma la perforación de colon mediante TAC y el paciente es intervenido quirúrgicamente resecándose el segmento afecto. Posteriormente, el paciente se recupera sin problemas y actualmente no refiere síntomas digestivos.

COMENTARIOS: El "loop-and-go" es una técnica efectiva aunque no está exenta de complicaciones. Probablemente, las lesiones de mayor tamaño se encuentren más expuestas a estas complicaciones por la elevada fuerza de tracción que realizan y que pudiera traducirse en un mayor compromiso de la serosa.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-138

ANISAKIASIS RECTAL: FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Alonso, Carmen; García García, María José; Llerena Santiago, Susana; Terán Lantarón, Álvaro; Martín Ramos, Luis; De La Peña García, Joaquín
Hospital Marqués De Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La anisakiasis humana es un problema de salud pública cuya incidencia ha aumentado en nuestro medio durante el último año. La afectación gastrointestinal típica cursa con dolor abdominal, náuseas, vómitos y síntomas alérgicos. La localización más frecuente es la intestinal con un 60% (íleon terminal 48%, ileocecal 8%, yeyuno 4%) y la gástrica 40%. La presentación colorrectal es rara (<1%) y cursa con síntomas inespecíficos de tipo infeccioso. Presentamos un caso de presentación atípica de anisakiasis rectal.

DESCRIPCIÓN CASO: Varón 52 años, sin antecedentes de interés. Acude a nuestro servicio para realización de colonoscopia dentro del programa de cribado del cáncer colorrectal tras sangre oculta en heces positiva. En días previos, refiere haber comido pescado crudo (bocartes en vinagre). No presenta clínica ni alteraciones analíticas acompañantes.

ENDOSCOPIA: En ampolla rectal aparece una úlcera con parásito lumbricoide adherido a su centro. El estudio histopatológico muestra la presencia de colitis activa con eosinofilia tisular y la microbiología confirma la presencia de *Anisakis sp*.

CONCLUSIONES: Este caso demuestra que la anikiasisis puede afectar cualquier tramo del tubo digestivo, pudiendo los parásitos viables alcanzar el recto.

El carácter asintomático además sugiere su posible eliminación fecal inadvertida con el consiguiente riesgo de transmisión feco-oral.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-139

TUMOR SUBMUCOSO DE COLON POR PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO EN PACIENTE JOVEN, UN HALLAZGO INFRECUENTE

Calafat Sard, Margalida; Boix, Jaume; Moreno De Vega, Vicente; Marín, Ingrid; Zacarías, Laisy; Domènech, Eugeni; Mañosa, Miriam; Lorenzo-Zúñiga, Vicente
Hospital Germans Triasi Pujol, Badalona

INTRODUCCIÓN: El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) o también denominado tumor de Vanek, es un tumor intestinal benigno poco frecuente de origen submucoso.

ENDOSCOPIA: Varón de 36 años con rectorragias autolimitadas. Se solicita colonoscopia que evidencia en colon transverso próximo al ángulo hepático una tumoración submucosa sesil, eritematosa, y de aspecto abollonado, de 40mm de diámetro (Figura 1). El TC abdominal muestra una afectación transmural. Se practica PAAF con aguja de 22G que objetiva un infiltrado inflamatorio en la lámina propia con eosinofilia (c-Kit negativo). Se decide realizar segmentectomía quirúrgica por vía laparoscópica. La anatomía patológica de la pieza confirma el diagnóstico de PFI que afecta la muscular propia y focalmente la grasa pericólica.

COMENTARIOS: El PFI es de etiología desconocida, aunque se sugiere que puede ser secundario a una respuesta desproporcionada del huésped frente a estímulos locales, con importante proliferación del tejido conectivo a nivel de la submucosa. Se localiza principalmente en estómago e intestino delgado, siendo muy poco frecuente en colon. La hemorragia digestiva baja y el dolor abdominal por intususpección intestinal son las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes sintomáticos, habitualmente en mayores de 60 años. A pesar de que no se ha descrito potencial maligno, el tratamiento habitual es la resección quirúrgica. La resección endoscópica sólo se ha reportado en 6 casos. El diagnóstico diferencial se tiene que realizar con los tumores miofibroblásticos inflamatorios y el tumor de GIST.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-140

COLOSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEC): UNA ALTERNATIVA FRENTE A LA CIRUGÍA EN VÓLVULO DE SIGMA RECURRENTE

Estrella Diez, Esther; Alberca De Las Parras, Fernando; Egea Valenzuela, Juan; Nova López, Daniel José; Álvarez Higuera, Francisco Javier; Alajarin Cervera, María; Carrilero Zaragoza, Gabriel Serrano Jiménez, Andrés; Ortiz Sánchez, María Luisa; Carballo Álvarez, Luis Fernando

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar

CASO 1: Hombre de 79 años, antecedentes de EPOC, FA, insuficiencia mitral severa, Parkinson, estreñimiento crónico, institucionalizado. En enero 2013 acude a urgencias por dolor y distensión abdominal, imágenes radiológicas con vólvulo de sigma solucionándose por endoscopia. Presenta 5 nuevo episodios de volvulación, ingresándose el ultimo evento. Se realiza una PEC utilizando sistema de triangulación por pexias de Kimberley-Clark, de 16F, con profilaxis antibiótica. En Julio presenta distensión abdominal y se soluciona con aspiración del aire a través de la sonda. En noviembre se ingresa por fiebre, eritema periestomal tratándose con antibióticos intravenosos, posterior alta. En diciembre fallece en urgencias por Sepsis de origen urinario.

CASO 2: Hombre de 92 años, antecedentes de osteoartrosis, Prostatismo, Parkinson, estreñimiento crónico. En febrero 2014 acude a urgencias por distensión abdominal con imágenes radiológicas compatibles con vólvulo de sigma resolviéndose con endoscopia. Posteriormente presenta 4 nuevos eventos por lo que se realiza PEC 5 días después del último evento utilizando el mismo sistema que en el paciente previo. En junio es ingresado por fiebre, leucocitosis, y supuración perisonda pautándose antibioterapia sistémica con buena respuesta y evolución hasta el día de hoy.

La PEC es un procedimiento mínimamente invasivo ofrece una alternativa terapéutica frente a la cirugía, beneficioso en pseudoobstrucción colónica y VSR, con buen resultado. L a infección local ocurre con moderada frecuencia, pero en la mayoría de los casos tienen respuesta favorable, como nuestros pacientes. Queda claro que ante el alto riesgo quirúrgico la PEC es una buena decisión en VSR.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-141

CLÍNICA Y TAC COMPATIBLE CON DIVERTICULITIS. ¿ES SUFICIENTE PARA DESCARTAR CCR?

Carrion García, Fuensanta; Baños Madrid, Ramón; Torregrosa Lloret, María; Sastre Lozano, Violeta; Martínez Oton, José Antonio; Serrano Ladron De Guevara, Soledad; Moran Sánchez, Senador
Hospital General Universitario Santa Lucía Cartagena, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años que acude a urgencias por dolor abdominal, fiebre y estreñimiento de varios días de evolución. A su llegada a urgencias destaca leucocitosis y neutrofilia con ecografía abdominal que informa de engrosamiento de pared de colon descendente en probable relación a proceso inflamatorio (sugerente de diverticulitis aguda). Se pauta antibioticoterapia intravenosa con mejoría clínica y posterior alta para completar estudio de imágen de forma ambulatoria.

TAC toraco-abdominal: engrosamiento mural circunferencial de colon descendente de 9 cm de longitud con pérdida de definición de la pared y marcados cambios inflamatorios en la grasa periférica.

La extensión de la afectación, la ausencia de adenopatías y la clínica sugieren diverticulitis, no obstante, no se puede diferenciar por imagen de neoplasia de colon. En los cortes de tórax del estudio como hallazgo incidental se objetiva nódulo de 15 mm en lóbulo inferior de pulmón derecho por lo que se decide completar estudio y solicitar endoscopia.

ENDOSCOPIA: Colonoscopia: A 60 cm de margen anal, en ángulo esplénico se visualiza estenosis de aspecto neoformativo que impide el paso del endoscopio. Se toman biopsias que informan de carcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello.

COMENTARIOS: Ante este hallazgo debemos estar alerta en el seguimiento del paciente, la clínica y la prueba de imagen no fueron suficientes para llegar al diagnóstico de neoplasia de colon. Se considera en este caso la endoscopia como prueba diagnóstica definitiva para filiar la lesión y llegar al correcto diagnóstico.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-142

MALLA QUIRÚRGICA ENCLAVADA EN COLON TRANSVERSO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Jiménez Martínez, Yolanda; Martínez Pérez, Teresa; Valiente González, Laura; Pérez García, José Ignacio; Gómez Ruiz, Carmen Julia; Martínez Fernández, Raquel; García - Cano Lizcano, Jesús; Morillas Ariño, Julia; Pérez Vigara, Gracia; Viñuelas Chicano, Miriam; Pérez Sola, Ángel

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

INTRODUCCIÓN: Paciente mujer, de 76 años, que acude a urgencias por presentar rectorragia de horas de evolución.Como antecedentes significativos, anticoagulación con dabigatran por fibrilación auricular y cirugía abdominal previa por hernioplastia umbilical, y anexohisterectomía. A su ingreso presenta estabilidad hemodinámica, Hb 9 g/dl, urea normal y exploración física anodina.

ENDOSCOPIA:

- **Gastroscopia:** Sin alteraciones significativas.
- **Colonoscopia:** A 100 cms de margen anal, se observa gran coágulo adherido, visualizándose sangrado activo arterial. Se esclerosa con adrenalina cesando el sangrado. No se pueden descartar lesiones subyacentes, ante la imposibilidad de desprender el coágulo.
- **Colonoscopia a los cinco días al cese del sangrado:** A 70 cms de margen anal, aparece una ulceración ovalada, de15x20 mms. El fondo de dicha úlcera está constituido de una manera evidente por una estructura artificial en forma de malla, de la cual sale material de aspecto purulento. Se tomaron biopsias de dicha ulceración.

COMENTARIOS: Las biopsias recogidas en la segunda colonoscopia fueron informadas como ulceraciones superficiales con escasa inflamación aguda e hiperplasia mucosa.

Se realizó TAC toracoabdominopélvico, confirmando la presencia de malla quirúrgica enclavada en colon transverso.

La rectorragia es una causa habitual de urgencia digestiva, siendo su causa más frecuente en mayores de 65 años la diverticulosis (15-55%), seguido de isquemia intestinal, y causas anorrectales (6-18%). La hernioplastia de pared abdominal con colocación de malla es también una situación clínica habitual, habiendo sido descrito algún caso de perforación a vejiga. Sin embargo, su perforación a colon y debut como rectorragia no ha sido descrito previamente.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-143

ECTOPIA GÁSTRICA RECTAL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE RECTORRAGIA

Viejo Almanzor, Alejandro; Correro Aguilar, Francisco José; Blanca García, José Antonio; Pérez Aragón, Cristina; Díaz Jiménez, José Alberto; Bonilla Fernández, Araceli
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN: La presencia de mucosa gástrica en diferentes localizaciones del tracto digestivo se conoce como ectopia o heterotopia gástrica. Su etiopatogenia no está claramente definida, siendo la afectación rectal excepcional.

ENDOSCOPIA: Varón de 5 años que consulta por diarrea mucosanguinolenta recurrente. Mediante colonoscopia se aprecian cambios inespecíficos rectales, con una mucosa algo pálida y edematosa, cuya histología fue de ectopia gástrica. En una colonoscopia posterior se observó un área bien definida de mucosa ectópica rectal, que se resecó mediante exéresis quirúrgica trasanal, permaneciendo un año en remisión. Tras éste, comienza de nuevo con rectorragias. En una nueva colonoscopia identificamos un parche redondeado de 3cm de diámetro de mucosa rojiza a 5cm del margen anal[1], sin el patrón vascular típico del recto. Tras elevar la lesión con Adrenalina 1/20000, se procedió a su resección en *piece meal* con asa de diatermia, sin complicaciones. En una revisión posterior observamos una cicatriz en semiluna y confirmamos la curación mucosa. Desde entonces, se mantiene asintomático.

COMENTARIOS: La ectopia gástrica rectal es un hallazgo muy infrecuente y constituye una causa rara de rectorragia. Debemos ser minuciosos en las exploraciones endoscópicas ya que sólo observaremos cambios sutiles en coloración de la mucosa y pérdida del patrón vascular, siendo diagnósticas las biopsias. En su tratamiento se incluye principalmente el uso de inhibidores de la bomba de protones, la resección quirúrgica y la resección endoscópica. Al no estar aclarado su potencial premaligno, la resección se plantea como opción curativa.

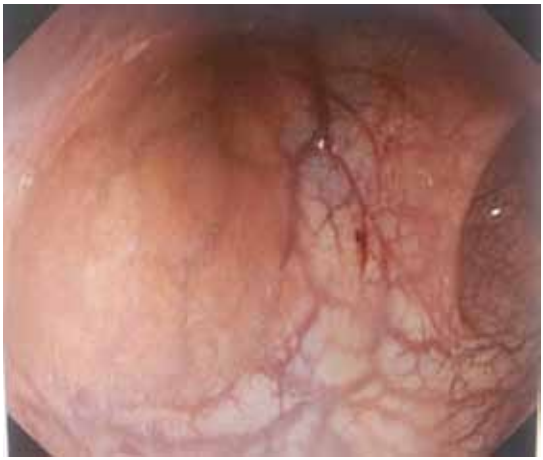


Figura 1. Parche de mucosa gástrica ectópica rectal.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-144

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO LÍQUIDO: INDICACIÓN JUDICIAL

Castellot Martín, Ana; Betancor, Leticia; Lorente, María; Granados, Marcos; Ivanytska, Olena; Cruz, Ana; Peñate, Mónica; Sosa, Víctor; Marrero, José Miguel; Sierra, Ángel
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN: La ingesta de cocaína líquida es una nueva forma de transportar esta droga ilegal. Se ingiere en bolsas de látex no detectables por los rayos x de los aeropuertos. El riesgo de muerte en caso de rotura es alto (cada bolsa puede contener 4-5 gramos de clorhidrato de cocaína).

ENDOSCOPIA: Paciente mujer de 32 años, que durante un vuelo internacional presenta cuadro de dolor abdominal con inestabilidad hemodinámica y convulsiones. Refiere haber ingerido bolsas de látex rellenas de cocaína líquida. La radiología simple abdominal es normal pero en TAC se identifica gran distensión gástrica por cuerpos extraños (más de 20). Se realiza cirugía con extracción de todas las bolsas visualizadas. En TAC de control se observan 6 bolsas de látex en colon izquierdo. Se contacta con Juzgado de Guardia y con Instituto Nacional de Toxicología y se decide extracción endoscópica de los cuerpos extraños colónicos. Se realiza extracción con asa de polipectomía de todas las bolsas visualizadas en colon sin incidencias durante el procedimiento.

COMENTARIOS: La extracción endoscópica de cuerpos extraños es un reto para el endoscopista. En las endoscopias terapéuticas con implicación judicial se debe extremar las precauciones, evaluar bien y sopesar los riesgos de actuación endoscópica frente a actitud expectante. Dado que esta forma de trasporte de droga está aumentando se debe recurrir a la realización de TAC abdominal en caso de sospecha clínica al no ser detectada con la radiología convencional.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-145

XANTOMA DE COLON, UN HALLAZGO ENDOSCÓPICO INFRECUENTE. SERIE DE 5 CASOS

Calafat Sard, Margalida; Boix, Jaume; Moreno De Vega, Vicente; Lorenzo-Zúñiga, Vicente; Sargatal, Lluïsa; Morillas, Rosa; Marin, Ingrid
Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

INTRODUCCIÓN: Los xantomas se componen de unas células histiocitarias, que se localizan habitualmente en piel y tendones, y se asocian a hiperlipidemias. Se presentan de forma infrecuente en el tracto gastrointestinal, donde lo más común es la localización gástrica, siendo muy raros a nivel colónico o en intestino delgado.

ENDOSCOPIA: Presentamos una serie de 5 casos (3 mujeres), con una edad media de 51 años, a los que se les solicitó una colonoscopia de cribado entre abril y julio de 2014. Todos presentaban lesiones nacaradas a modo de placas bien delimitadas y márgenes irregulares, que en la mayoría de casos ocupaban un cuadrante de la luz intestinal. Con NBI se constató un patrón piqueteado de aspecto algodonoso. Se localizaron en sigma (n=3), colon transverso (n=1) y colon ascendente/sigma (n=1).

El estudio histológico mostró una infiltración grasa de la lámina propia (pseudolipomatosis). Ninguno de los pacientes presentaba dislipemia, no recibía tratamiento farmacológico, y no presentaban historia familiar de hiperlipidemia. Basándonos en los hallazgos histológicos y endoscópicos, el diagnóstico fue de xantomas colónicos, no precisando los pacientes de ningún tratamiento.

COMENTARIOS: El hallazgo de xantomas colónicos no es habitual, siendo anecdóticos los casos descritos en la literatura, y casi siempre asociados a pólipos. La serie de casos más amplia (n=25) las describe como lesiones de aspecto polipoideo, blanquecino o rojizo, principalmente sésiles, y localizados usualmente en sigma; además de que el 30% de los pacientes presentaba una hiperlipidemia concomitante.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-146

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR LESIÓN DE DIEULAFOY COLÓNICA: DIAGNÓSTICO DIFÍCIL, TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EFECTIVO

Vargas García, Alba L [(1)]; Padrosa, Javier [(1)]; Alburquerque, Marco [(2)]; Baguè, Narcis [(1)]; Figa, Montserrat [(1)]; González-Huix, Ferran [(1)]

[(1)] Clínica Girona, Girona; [(2)] Hospital De Palamos, Girona

INTRODUCCIÓN: La lesión de Dieulafoy colónico: malformación vascular expuesta en un defecto milimétrico de mucosa <3mm, siendo causa infrecuente (<2%) de hemorragia digestiva baja (HDB), de difícil diagnóstico. Contexto clínico: pacientes ancianos con HDB recidivante. Dilema: realización de exploraciones invasivas repetidas de baja rentabilidad diagnóstica en pacientes con alta comorbilidad pero con posibilidad de terapéutica endoscópica sencilla exitosa.

DESCRIPCIÓN:

1. Mujer 96 años, anticoagulada, marcapasos, valvulopatía, tres ingresos previos recientes por HDB, con diagnósticos de diverticulosis y angiodisplasia colónica sin detectar hemorragia activa. Ingresa por recidiva HDB. Colonoscopia: punto de sangrado continuo, babeante, de 1mm, en colon derecho. Se colocan tres clips hemostáticos hasta el cese de la hemorragia. Asintomática a los 9 meses.

2. Mujer 83 años, anticoagulada. HDB previa reciente sin diagnostico etiológico. Nuevo episodio de HDB. Colonoscopia: en ascendente, punto hemorrágico < 1mm, babeante, persistente al lavado, de bajo débito. Se colocan dos hemoclips con cese de la hemorragia. Asintomática a los 3 años de seguimiento.

SUMARIO: Sospecha en pacientes ancianos, pluripatológicos, anticoagulados con HDB recidivante grave, sin diagnostico etiológico. Diagnóstico endoscópico laborioso buscando puntos de hemorragia activa de muy bajo débito persistentes en segmentos con restos hemáticos recientes. El tratamiento con hemoclips consigue hemostasia efectiva prolongada con la dificultad de acertar el punto hemostático: técnica de cierre del clip - lavado de comprobación - disparo del clip.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-147

FÍSTULA RECTOVAGINAL POR ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

Gómez Lozano, María; García Paredes, Rocío; Gajownik, Urszula; Gallego Pérez, Blanca; Marín Bernabé, Carmen; Del Val, Blanca; García Belmonete, Daniel; Serrano Navarro, Juana María; Gómez, Rosa; Egea, Esperanza; Martínez, Juan José.
Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia

INTRODUCCIÓN: La fístula rectovaginal o comunicación patológica entre el recto y la vagina, es una condición poco frecuente que obedece a múltiples causas y, dependiendo del tamaño y la localización, puede ocasionar desde síntomas leves a problemas significativos de incontinencia e higiene.

ENDOSCOPIA: Mujer de 79 años, HTA e histerectomizada con doble anexectomía hace 19 años por Adenocarcinoma de Endometrio. Consulta por metrorragia, flujo vaginal maloliente y estreñimiento crónico.

A la exploración presenta palidez mucocutánea y masa leñosa que ocupa la vagina y comprime el recto, de 7x5cm, tomándose biopsias.

Se realiza RMN pélvica objetivándose engrosamiento parietal irregular vaginal con infiltración de cara vesical, pared anterior de recto y sigma. Adenopatía en cadena iliaca izquierda.

Se completa estudio con colonoscopia donde se evidencia tumoración fistulizada a nivel de ampolla rectal, próximo a canal anal, de probable origen ginecológico. A 30 cm del margen anal angulación con posible infiltrado tumoral imposible de franquear.

COMENTARIOS: Excluidas las fístulas congénitas, las principales causas de fístulas rectovaginales en la mujer adulta son las de origen traumático (operatorias, obstétricas o por trauma externo), las infecciosas, las secundarias a enfermedad inflamatoria, las actínicas y las neoplásicas. Tras el resultado de las biopsias, que fueron positivas para células malignas, se concluye que en el caso de nuestra paciente la etiología de la fístula está dentro del contexto de una recidiva tumoral de Adenocarcinoma Endometrial, dependiendo el tratamiento en este tipo de casos del tumor primario, siendo candidata a tratamiento antineoplásico desestimando a priori la cirugía.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-148

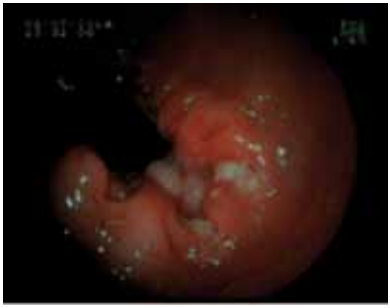
ENFERMEDAD DE BEHCET CON AFECTACIÓN COLÓNICA

Sevilla Cáceres, Laura; Sastre Lozano, Violeta; Torregrosa Lloret, María; Martín Castillo, Antonia; Maté Ambélez, Ana; Romero Cara, Patricia; Morán Sánchez, Senador
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un varón de 73 años que acude a consulta de digestivo por rectorragia. Entre sus antecedentes personales destaca uveítis posterior. Historiando al paciente refiere aftas orales y genitales dolorosas y recurrentes.

ENDOSCOPIA:

Colonoscopia: apreciamos el canal anal ulcerado en toda su circunferencia con úlceras longitudinales y de fondo fibrinado, con mucosa circundante de aspecto inflamatorio. Desde recto hasta ciego se aprecian múltiples ulceraciones, la mayoría no confluentes, siendo más numerosas y profundas en colon ascendente. Se realiza ileoscopia que resulta normal.



Evolución clínica: Dados los hallazgos endoscópicos, y la clínica del paciente, se decide dejar ingresado para completar estudio. En analítica destaca: leucocitosis con neutrofilia, PCR 15, resto normal. Además presenta HLA B51 positivo. Finalmente el paciente es diagnosticado de enfermedad de Behcet con afectación colónica. Actualmente se encuentra en tratamiento corticoideo con importante mejoría clínica.

COMENTARIOS: La enfermedad de Behcet presenta escasa prevalencia en nuestro medio, siendo la manifestación inicial más frecuente las aftas orales recidivantes, que se consideran un criterio diagnóstico indispensable. Los síntomas gastrointestinales aparecen en un 25% de los pacientes. Las úlceras gastrointestinales se localizan preferentemente en íleon (75%), aunque también se pueden localizar en ciego (42%), colon transverso y colon ascendente, siendo el resto, localizaciones menos frecuentes. En nuestro caso la distribución de las úlceras es difusa (uno de los patrones menos frecuente). En todo caso, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-149

DUPLICACIÓN COLÓNICA TUBULAR TOTAL

Scaletti Cárdenas, Silvana; Botero Pérez, Juliana; Sánchez-Fayos Calabuig, Paloma; Martín Relloso, María Jesús; Correa Abanto, Lizbeth; Correa Yánez, José Luis; Beltran Landers, Natalia; Calero Barón, Daniel; Rivas Fidalgo, Sonia; Porres Cubero, Juan Carlos
Fundacion Jiménez Díaz, Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN: La duplicación del tubo digestivo es una malformación congénita rara presente en 1 de cada 4500 autopsias, de las cuales la duplicación colónica representa un 15% del total. Hasta en un 15% se producen duplicaciones sincrónicas a nivel digestivo o en el sistema genitourinario. Presentamos el caso de una duplicación colónica en una paciente a la que se le realizó una colonoscopia por anemia y dolor abdominal.

ENDOSCOPIA: Se introduce el colonoscopio hasta polo cecal. A unos 9 cm del margen anal externo se observa un septo con dos luces, por una de ellas accedemos hasta el área apendicular, en este trayecto se visualiza una mucosa normal, sin masas excrecentes ni zonas de estenosis persistentes. Por la otra luz, exploramos unos 60 cm interrumpiendo la exploración por la presencia de restos fecales semisólidos que impiden la progresión del endoscopio.

COMENTARIOS: 48 horas tras la colonoscopia, la paciente presentó empeoramiento de las molestias abdominales, identificándose pneumoperitoneo en las pruebas de imagen. También se identificaron otras malformaciones como un divertículo de Meckel, un riñón único izquierdo, malrotado y un útero bicorne-didelfo.

Se realiza una intervención quirúrgica urgente, hallándose duplicación intestinal con fondo de saco ciego en polo cecal con una zona eritematosa en ángulo hepático con burbujas aéreas en mesenterio. Tras hemicolectomia derecha la pieza quirúrgica confirma un colon duplicado el que se identifica revestimiento epitelial en ambos segmentos separados por tejido fibroconectivo con fascículos de muscular propia con zonas de intensa inflamación trasmural correspondiente a una zona de perforación.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-150

FÍSTULA COLO-VESICAL EN PACIENTE INTERVENIDO DE ADENOCARCINOMA DE RECTO

Sevilla Cáceres, Laura; Torregrosa Lloret, María; Sastre Lozano, Violeta; Montoro Martínez, Pedro; Baños Madrid, Ramón; García Tercero, Iván; Morán Sánchez, Senador
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

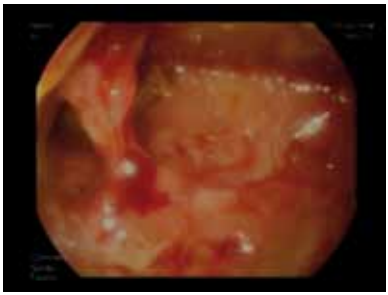
INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un varón de 58 años que consulta por rectorragia, fiebre y fecaluria. Entre sus antecedentes personales destacan neoplasia de recto con resección anterior baja intervenida hace 4 años.

ENDOSCOPIA:

Colonoscopia: Se visualiza, tras línea pectínea, una mucosa muy friable, con rodete inflamatorio que no impresiona de recidiva tumoral, ya que el tejido no presenta aumento de su consistencia. Además se aprecian dos orificios fistulosos rodeando la anastomosis, y un muñón ciego con mucosa friable, y de aspecto inflamatorio, que posee en el fondo del mismo un orificio con puente mucoso central que podría estar comunicado con colección pélvica.

Evolución: Se realiza TAC abdominal que confirma los hallazgos endoscópicos, apreciando gran colección pélvica que contiene abundante cantidad de gas y se extiende desde la pared posterior de la vejiga urinario hasta la región presacra, sugiriendo fístula colo-vesical. En anatomía patológica informan de mucosa de colon y recto con extenso tejido de granulación, sin datos de recidiva neoplásica.

Finalmente el paciente se programa para intervención quirúrgica.



COMENTARIOS:

El sinus pélvico es una complicación a tener en cuenta tras una cirugía de recto con anastomosis colo-anal. Suele suceder en el postoperatorio reciente y a veces se puede complicar con la formación de fístulas colo-vesicales (como en nuestro caso), incluso colo-vaginales. El sinus pélvico persistente aparece en un 5% de los casos y en algunas ocasiones ocurre la malignización del mismo.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-151

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

Gajownik, Urszula; Marín Bernabé, Carmen María; García Belmonte, Daniel; García Paredes, Rocío; Gómez Lozano, María; Egea Simón, Esperanza; Nicolas De Prado, Isabel; Gómez Espín, Rosa; García Albert, Ana María; Rodríguez Gil, Francisco Javier; Martínez Crespo, Juan José

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es la principal exploración para el diagnóstico y manejo en la EII. Existe escasa bibliografía acerca de la prevalencia y los factores de riesgo en la perforación del intestino durante esta prueba en enfermos con EII. Su prevalencia es del 0.06-0.54%, dependiendo de los autores. Nos resulta interesante resaltar un caso de imágenes endoscópicas infrecuentes en la Enfermedad de Crohn con afectación colónica, que tras la biopsia ha presentado como complicación una perforación.

ENDOSCOPIA: El varón, de 70 años, con antecedentes de trastorno delirante, ingresa por cuadro de diarrea intermitente, por lo que se le realiza colonoscopia diagnostica. Al introducir el endoscopio, se observan úlceras pequeñas y aspecto ovalado rodeadas de mucosa aparente sin alteraciones, que conforme ascendemos se aprecian úlceras de gran tamaño, excavadas, de aspecto abigarrado, alcanzando los 50cm. Se toman biopsias observando laceración de la mucosa tras el procedimiento. Tras la exploración, el paciente presenta signos de perforación por lo que se decide sigmoidectomia parcial abarcando área de perforación y colostomia. En el estudio AP de muestras obtenidas se diagnóstica EII tipo Crohn.

COMENTARIOS: La colonoscopia es un método seguro y eficaz de diagnóstico y tratamiento de complicaciones en EII. Aunque los datos actuales demuestran que el riesgo de perforación en esta población de pacientes sigue siendo baja, la morbilidad asociada a esta complicación es alta. El caso que presentamos se demuestra que entre los factores de riesgo de la perforación se encuentran la actividad inflamatoria y las úlceras de gran tamaño.

Figura 1.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-152

MIGRACIÓN DE DIU A COLON

Delgado, María Pilar; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Álvarez-Nava Torrego, María Teresa; Sánchez Gómez, Fernando; Castellano Tortajada, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Mujer de 40 años valorada en urgencias por rectorragia tras una deposición normal, seguido de dolor hipogástrico y sensación de cuerpo extraño en recto. Refería colocación de dispositivo intrauterino (DIU) hacía 15 años, extraído tras una interrupción voluntaria de embarazo en Colombia. Se objetiva salida del componente horizontal del DIU a través del ano, quedando el vertical en el recto, sin poder retirarlo por atrapamiento proximal. Se realiza TC abdominal, descartando colecciones, perforación o trayectos fistulosos. Finalmente se solicita endoscopia urgente.

ENDOSCOPIA: Se introduce colonoscopio observando DIU en el recto con paso de hilos a través de la pared. Con una pinza de cocodrilo se tracciona suavemente consiguiendo extraer el dispositivo. En la cara proximal de la primera válvula, existe una depresión puntiforme compatible con orificio fistuloso con mucosa adyacente eritematosa en probable relación con decúbito.

COMENTARIOS: La incidencia de perforación uterina por DIU es de 1.3-1.6 por 1000 inserciones. Puede ocurrir inmediatamente tras su colocación o después de varios años. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, rectorragia, dispareunia, aunque otras veces solo se manifestará por pérdida de la localización habitual de los hilos o desarrollo de un embarazo. La migración obliga a su retirada con prontitud, por lo que el abordaje endoscópico juega aquí un papel fundamental. Ocasionalmente será necesario realizar laparoscopia o laparotomía debido a localizaciones intraabdominales o en la profundidad de la pared del colon. Nuestra paciente fue dada de alta al tercer día sin complicaciones. A los dos meses de seguimiento continua asintomática.

COLON, ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

P-153

IMAGEN ENDOSCÓPICA DE NEOPLASIA DE RECTO ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON RADIO-QUIMIOTERAPIA

Sevilla Cáceres, Laura; Sastre Lozano, Violeta; Torregrosa Lloret, María; Montoro Martínez, Pedro; Morán Sánchez, Senador
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso de un varón de 78 años, sin antecedentes personales de interés, derivado a consulta de digestivo por rectorragia y pérdida de peso.

ENDOSCOPIA:

- **Colonoscopia inicial:** se explora hasta ciego sin encontrar lesiones a este nivel. A 4 cm de margen anal se visualiza neoformación mamelonada, que ocupa el 50% de la circunferencia sin provocar estenosis de la luz. Resto de mucosa con divertículos aislados, sin otras lesiones.

Evolución clínica: Desde anatomía patológica informan de adenocarcinoma infiltrante tipo convencional. Se realiza TAC toraco-abdominal sin encontrar lesiones a distancia, proponiendo quimioterapia + radioterapia neoadyuvante con posterior amputación abdómino-perineal y colostomía terminal definitiva. El paciente rechaza la intervención quirúrgica, iniciando el tratamiento quimioterápico y posterior radioterapia. A los 12 meses se vuelve a solicitar colonoscopia.

- **Colonoscopia de revisión:** A nivel rectal, donde se encontraba la neoplasia se evidencia cicatriz de aspecto normal, sin tejido de neoformación.

COMENTARIOS: Por lo general la cirugía es el tratamiento principal para los cánceres de recto que no tienen extensión a otros órganos. Dependiendo del estadio en el que se encuentre también se puede utilizar radioterapia y quimioterapia como tratamiento adicional antes o después de la cirugía.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-154

TÉCNICA DE DOBLE GUÍA PARA CANULACIÓN DE VÍA BILIAR DIFICULTOSA MEDIANTE ERCP. ¿ES EFICAZ Y SEGURA?. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alcívar Vásquez, Juan Manuel; Rincón Gatica, Adalberto; León Montañés, Rafael; López Ruíz, Teófilo; Sobrino Rodríguez, Salvador; Martínez Sierra, Carmen; Bozada García, Juan Manuel

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La canulación selectiva de la vía biliar es imprescindible en una ERCP, su dificultad es un factor de riesgo en el desarrollo de pancreatitis post-ERCP (PEP); por ello, existen técnicas alternativas que facilitan la canulación biliar, como la técnica de doble guía (DGT).

OBJETIVO: Determinar la tasa de éxito de la DGT en pacientes con canulación fallida de la vía biliar mediante técnica convencional e identificar las complicaciones más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo/retrospectivo de 195 pacientes, en los que se utilizó la DGT mediante ERCP, por ser infructuosa la técnica habitual.

Analizamos edad, sexo, antecedentes de pancreatitis (APa), indicación y hallazgo de la ERCP, bilirrubina previa a ERCP, colocación de prótesis pancreática y/o biliar, administración de supositorio de AINEs y complicaciones post-ERCP.

RESULTADOS: Distribución hombres/mujeres: 46,7%/53,3%; una edad media de 62,42 años (±16,76). El 18,5% tenían APa y el 54,4% tenían una bilirrubina ≥ 1,2 mg/dl. La indicación principal fue coledocolitiasis (28,7%), seguida de ictericia obstructiva (21%), coincidiendo en su mayoría con los hallazgos (24,1% coledocolitiasis, 20,5% estenosis neoplásica y 15,9% papilitis fibrosa).

La tasa de éxito de la DGT fue del 74,9%; colocándose una prótesis biliar/pancreática en 33,3%/10,3%. Se administró supositorio de AINEs al 16,9%.

El 21,5% desarrolló una PEP (13,8%-7,2% leve-moderada). 1% perforación del conducto pancreático; 0,5% hemorragia postesfinterotomía y colangitis.

El éxito de DGT no está influenciado por las variables analizadas, el éxito refleja una menor incidencia de complicaciones **[RR0,409(0,200-0,837),p0,013]**, principalmente de PEP **[RR0,448(0,215-0,935),p0,030]**.

La colocación de un supositorio de AINEs es un factor protector de complicaciones globales **[RR:0,265 (0,077-0,914)p0,026]**; no siendo así analizando exclusivamente el riesgo de PEP, estando aumentado en DGT fallidas **[RR0,426(0,198-0,919)p0,027].**

CONCLUSIONES: La DGT es una técnica efectiva, con pocas complicaciones asociadas y con alta tasa de éxito en pacientes en los que la canulación biliar mediante técnica estándar fracasa.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-155

EFECTIVIDAD DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES BIODEGRADABLES EN EL MANEJO DE LAS ESTENOSIS BENIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO REFRACTARIAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Fernández-Urién, Ignacio; Jiménez, Francisco Javier; Iriarte, Ainara; Vila, Juan José; Pueyo, Antonio; Eguaras, Javier; Albéniz, Eduardo

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN: Las estenosis benignas del tracto digestivo (TGI) son habitualmente tratadas mediante dilataciones neumáticas (DN) y/o prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas (SEMS) aunque, en ocasiones, su efectividad es escasa.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de las prótesis biodegradables (BD) en las estenosis benignas del TGI refractarias al tratamiento convencional.

MATERIAL Y MÉTODO: El presente estudio es un análisis retrospectivo de los datos derivados de la colocación de prótesis BD en estenosis benignas refractarias. Las variables analizadas fueron: características del paciente, tratamientos previos, localización y etiología de las estenosis, stent y anclajes empleados, éxito técnico y clínico, días sin síntomas y complicaciones derivadas del procedimiento.

RESULTADOS: Entre Enero y Septiembre de 2013 se colocaron 17 prótesis en 9 pacientes (5H/4M, edad media de 63 años [51-82]). El tiempo medio entre la última DN/SEMS y la prótesis BD fue de 62 días [1-510]. La localización de las estenosis fueron: esófago en 12 casos, yeyuno en 3 y colon en 2. Todas las prótesis BD colocadas fueron no cubiertas y de 25x60-80mm. Se observó éxito técnico en 16/17 casos (94,1%) y mejoría clínica en 13/17 casos (76,4%) al mes, en 12/17 (70,5%) a los 2 meses, en 9/17 (52,9%) a los 3 meses y en ningún paciente a los 6 meses. El tiempo medio sin síntomas fue de 126 días. En un paciente se observó una perforación precoz (48h) en relación con la colocación del stent (5,8%) y en 2 casos (11,7%), la prótesis migró en menos de 1 semana (2 stents de colon, sin empleo de anclaje).

CONCLUSIONES: Las prótesis BD son aparentemente seguras y efectivas en el manejo de las estenosis benignas refractarias del TGI superior. Sin embargo, su efecto parece ser temporal y en todos los casos será necesario un tratamiento adicional.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-156

CANULACIÓN DEL COLÉDOCO SOBRE PRÓTESIS PANCREÁTICAS EN LA CPRE

García-Cano, Jesús; Martínez Pérez, Teresa; Valiente González, Laura; Jiménez Martínez, Yolanda; De Gracia, Celia; Martínez Fernández, Raquel; Viñuelas Chicano, Miriam; Gómez Ruiz, Carmina; Pérez García, José Ignacio; Morillas Ariño, Julia; Pérez Sola, Ángel
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

INTRODUCCIÓN: La mayoría de las CPRE tienen como objetivo resolver obstrucciones biliares. La canulación profunda del colédoco de forma rápida sin traumatizar la Papila de Vater puede ayudar a prevenir pancreatitis agudas.

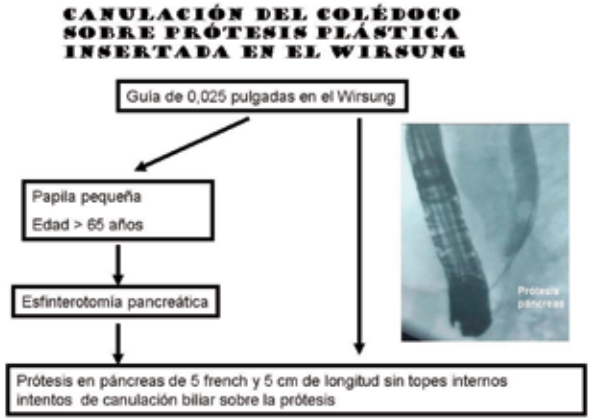
OBJETIVO: Estudiar si la inserción temprana de una prótesis plástica en el Wirsung puede ayudar a canular el colédoco y reducir la tasa de pancreatitis aguda postCPRE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo sobre una base de datos en la que se introdujeron de forma prospectiva los pacientes. Se comparan dos grupos: uno en los que la guía entró directamente en el colédoco (GRUPO 1) y otro en que la primera vez que la guía entró en el Wirsng se actuó como queda reflejado en la FIGURA (GRUPO 2). En ambos grupos se realizaron maniobras para el drenaje biliar como esfinterotomía biliar, e inserción de prótesis. Al no tener topes internos la prótesis pancreática no se controló radiológicamente su expulsión espontánea.

RESULTADOS: En todos los pacientes del grupo 2 se canuló el colédoco tras la inserción de la prótesis pancreática.

	GRUPO 1	GRUPO 2	
Pacientes	370	57	
Pancreatitis	17 (4,6%)	1 (1,7%)	p< 0,05

CONCLUSIONES: Con las limitaciones de un estudio retrospectivo, parece que si en los intentos de canulación del colédoco, la guía entra en el Wirsung, la inserción de una prótesis plástica en la primera ocasión, puede proteger de la pancreatitis aguda postCPRE. Para dar validez científica a este hallazgo son necesarios estudios prospectivos en los que también se valore si la guía de 0,025 pulgadas empleada en este trabajo produce menos pancreatitis al entrar en el páncreas que la habitualmente utilizada de 0,035 pulgadas.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-157

ANÁLISIS DE DOS AÑOS DE CPRES EN GIJÓN

López Fernández, Eduardo; Pereira Santiago, David; Barreiro Alonso, Eva; Pérez Pariente, José Martín; Álvarez Álvarez, Mª Aránzazu; García López, Rosa; Varela Trastoy, Pilar; Mancebo Mata, Alejo; De La Coba Ortiz, Cristóbal; Pipa Muñiz, María; Román Llorente, Francisco Javier
Hospital de Cabueñes, Gijón

INTRODUCCIÓN: La ColangioPancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es clave en el tratamiento/diagnóstico de patologías que afectan a la vía biliar/pancreática. Sin embargo, no está exenta de complicaciones que pueden resultar fatales.

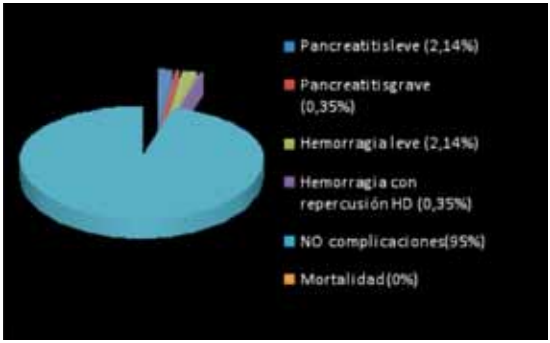
OBJETIVO: Describir los resultados obtenidos en las CPREs realizadas los dos últimos años en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo retrospectivo de las CPREs realizadas desde Enero 2.012 a Diciembre 2.013 en un Hospital con una población adscrita de 250.000 habitantes. Se realiza una revisión sistemática de la evolución de los pacientes desde su admisión en el hospital hasta los 6 meses posteriores a la CPRE, incluyendo: edad, sexo, indicación, procedimientos y complicaciones relacionadas con la técnica.

RESULTADOS: Se realizan 280 CPREs, el 51,43% son hombres y el 48,57%, mujeres. El 66,78% se practican en mayores de 69 años. La indicación más frecuente es la coledocolitiasis (66,42%), seguida de colangitis con un 20,71% (el 77,58% de las cuales presentaban coledocolitiasis), diagnóstica (13,21%), recambio de prótesis (12,86%) y las restantes por compresión extrínseca o colangiocarcinoma. Se realiza esfinterotomía al 65,36%, limpieza con balón al 70,36% y precorte al 14,64%. En 9 ocasiones (3,11%) no se canula.

En cuanto a prótesis, se colocan 94 (1/3 de las CPREs): 2/3 plásticas (44,26% por coledocolitiasis) y el resto metálicas (de éstas, el 70% son no recubiertas, empleándose en patología neoplásica en >90%).

Se diagnostican 7 pacientes de pancreatitis aguda postCPRE (2,50%: 6 de ellas leves y una grave), presentando todas buena evolución. En el 42,85% (3/7) se coloca una prótesis metálica no recubierta por compresión biliar secundaria a neoplasia pancreática. En 7 CPREs se objetivó sangrado (leve en 6 [2,14%] y con repercusión hemodinámica en una [0,35%]).



CONCLUSIONES: El análisis demuestra una baja tasa de complicaciones en relación con las CPREs realizadas en nuestro centro, con una morbilidad mínima y una nula mortalidad.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-158

ANÁLISIS DE LA REDUCCIÓN DE ESTÓMAGO SIN CIRUGÍA COMO MÉTODO PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD (MÉTODO POSE)

Argente, Dori.
Corporación Dermoestética, Valencia

INTRODUCCIÓN: Corporación Dermoestética, compañía dedicada a la salud y la belleza a través de sus unidades médicas temáticas (Unidad Médica de la Obesidad, Unidad Médica de Tratamientos Antiedad y Unidad Médica de Cirugía Estética) líder en España y Portugal, introdujo la Reducción de Estómago sin Cirugía en su catálogo de tratamientos para luchar contra la obesidad en 2012. Dos años después, y tras 1152 intervenciones, quería saber el índice de éxito del tratamiento. Para ello estudió 392 casos.

OBJETIVO: Analizar la efectividad del método POSE como tratamiento para combatir la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

- La recolección de datos se ha realizado de una forma prospectiva desde junio 2012 hasta septiembre 2013.
- Estudio multicéntrico, recogida de datos en las 50 clínicas propias de la compañía.
- Estudio multidisciplinar, en el que han intervenido en la recogida de datos tanto endoscopistas, como nutricionistas, médicos y psicólogos.

RESULTADOS:

- El 50% de los pacientes analizados perdieron el 50% de su exceso de peso durante los primeros 6 meses.
- El perfil con mejores resultados es el de pacientes de 41 a 50 años de edad, con un IMC de 30-35 que alcanza a perder hasta un 64% de su exceso de peso en los primeros 6 meses.
- La pérdida media es de 17,33 kg.

CONCLUSIONES:

- La Reducción de Estómago sin Cirugía es un método eficaz y seguro en la lucha contra la obesidad.
- En todos los casos se ha acompañado de control de alimentación con dieta hipocalórica y seguimiento psicológico. Con control médico periódico. La finalidad es modificar los hábitos de alimentación, mediante una correcta educación nutricional.
- Se ha encontrado un bajo porcentaje de complicaciones, por tanto el control de la obesidad con la Reducción de Estómago sin Cirugía es una técnica segura.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-159

PRÓTESIS ESOFÁGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS ESOFAGOGÁSTRICAS (DAEG)

Jijón Crespín, Roxanna; Serrano Jiménez, Andrés; Alberca De Las Parras, Fernando; Egea Valenzuela, Juan; Álvarez Higueras, Javier; Alajarín Cervera, Miriam; Ono, Akiko; García Pérez, Bartolomé; Muñoz Tornero, María; Antón Ródenas, Gonzalo; Carballo Álvarez, Fernando

Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN: No existe un tratamiento estandarizado para el tratamiento de las DAEG y aún se debate por la preferencia entre tratamiento endoscópico o quirúrgico. En los últimos años, nuevas opciones de tratamiento endoscópico han surgido, como el cierre con grapas o suturas, sellado con pegamento biológico y colocación de endoprótesis. El uso de prótesis esofágicas ha irrumpido como un tratamiento efectivo para las DAEG. Se ha descrito que un periodo de 6-8 semanas es seguro y eficaz para su reparación.

OBJETIVO: Evaluar la utilidad y eficacia clínica de las prótesis en el tratamiento de las DAEG.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron retrospectivamente (nov-2011/abril-2014), siete pacientes (tres varones y cuatro mujeres; edad media: 54 años): 3 esofagogastrectomías por adenocarcinoma esofágico y un esófago de Barrett con DAG, 1 Carcinoma gástrico con gastrectomía y 3 gastrectomías vertical tubular. Recogimos datos sobre las características técnicas, resultados y complicaciones del procedimiento endoscópico.

RESULTADOS: Se colocaron 14 prótesis esofágicas metálicas autoexpandibles (12 recubiertas, 2 parcialmente recubiertas). Tiempo medio desde la cirugía hasta la colocación de la prótesis: 14 días (rango: 1–5 semanas).

En tres casos fue necesaria solo una prótesis para la resolución completa de la DAEG, con un tiempo promedio de prótesis in situ de 86 días. En un caso se retiró la prótesis a los 50 días por HDA secundaria a úlcera. Tres casos requirieron más de una prótesis para la completa resolución de la fístula. En uno de ellos fue necesaria colocar 5 prótesis sucesivamente para intentos de extracción de la 2da prótesis, la cual era parcialmente recubierta, por anclaje de ésta al tejido de granulación, dicho paciente falleció con la prótesis in situ.

En seis casos (86%) se comprobó el cierre completo de la fuga anastomótica.

CONCLUSIONES: Las prótesis metálicas recubiertas pueden considerarse como tratamiento inicial efectivo de las DAEG.

EDAD	DX	TQX-PRÓTESIS	T PRÓTESIS IN SITU (días)					TIPO	R. CLÍNICA	R. ENDOSC.
60	EGP	9 d	49	24				PC/CC	RC	RC
55	EGP	20 d	87					CC	RC	RC
61	EGP	13 d	124					CC	RC	RC
62	GT	8d	9	75	48	13	8	CC/PC/CC/CC/CC	NR	NR
29	GVTL	8 d	48					CC	RC	RC
50	GVTL	7 d	30	24	40			CC/CC/CC	RC	RC
64	GVTL	35 d	50					CC	RC	RC

EGP=Esofagogastrectomía; GVTL Gastrectomía vertical tubular laparoscópica; GT=Gastrectomía total
PC- Parcialmente cubierta, CC-Completamente recubierta
RC- Resolución completa; NR: No respuesta

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-160

EXPERIENCIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES EN CCR

Bocanegra Viniegra, Marta; Morcillo Jiménez, Elena; Vázquez Pedreño, Luis; Mostazo Torres, José; González Arjona, Carolina; Pinazo, Isabel; Omonte, Edith; Manteca, Román; García-Consuegra, Fatima; Perea, Juan Rafael
Hospital Regional Málaga Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN: Las prótesis autoexpandibles metálicas (PAM) han supuesto una alternativa válida en el tratamiento de urgencia de la obstrucción maligna colorrectal. Su empleo permite tanto la posibilidad de una cirugía diferida con menores tasas de morbilidad y mortalidad (prótesis puente) como su colocación definitiva paliativa en los casos no candidatos a cirugía.

OBJETIVO: Valorar nuestra experiencia con el empleo de las PAM para el tratamiento de la obstrucción maligna del colon analizando nuestros resultados sobre su eficacia y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre registro informático sistemático de las PAM colocadas en nuestra Unidad de Endoscopia Digestiva desde Enero del 2010 en el tratamiento de la obstrucción por CCR hasta Julio 2014.

RESULTADOS: Fueron incluidos 73 pacientes, con una edad media de 65,56 años. El éxito técnico se consiguió en el 93.15%. La zona anatómica más frecuente de localización de la obstrucción fue recto-sigma en 49 pacientes seguido de 19 en colon izquierdo y 5 en colon transverso. En todos los casos se efectuó la colocación de la PAM bajo control combinado endoscópico y fluoroscópico.

El tipo de prótesis empleado fue Wallflex Colonica en los 73 casos.

No se observó ningún caso de mortalidad relacionado con la técnica, si 3 casos perforación y 1 de migración de la prótesis. En el 64,38% de los pacientes la PAM permitió realizar cirugía diferida siendo necesario solo en un caso colostomía temporal, mientras que el 35,62% restante la prótesis resultó paliativa.

CONCLUSIONES: El empleo de la PAM en la obstrucción maligna del colon es un procedimiento seguro y eficaz con muy baja morbilidad. En nuestra experiencia los resultados obtenidos son comparables a los publicados previos y aportan información añadida sobre la utilidad de la técnica en el tratamiento de urgencia de la obstrucción aguda maligna del colon.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-161

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA CPRE DIFERIDA TRAS EL FRACASO DE CANULACIÓN CON PRECORTE

Martínez Guillen, Miguel; Escajadillo, Nataly Chris; Ríos Vives, Miguel Ángel; Colan Hernández, Juan; Guarner Argente, Carlos; Concepción, Mar; Gómez, Cristina; Guarner Aguilar, Carlos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓN: El precorte permite aumentar el éxito en el acceso a la vía biliar o pancreática. A pesar de su utilidad, el procedimiento puede ser complejo y, en ocasiones, la aparición de edema submucoso o hemorragia impide la canulación profunda. Una segunda CPRE tras la resolución de estos fenómenos locales suele permitir una canulación sencilla. Sin embargo, el retraso del drenaje biliar podría aumentar las complicaciones.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia y seguridad de la CPRE diferida tras una canulación fallida con precorte.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de las CPREs con canulación fallida con precorte en nuestro centro entre 2006 y 2013. Se evalúa el éxito de canulación y las complicaciones entre ambos procedimientos y tras la segunda CPRE.

RESULTADOS: Se realizaron 2562 CPREs con un porcentaje de canulación del 92%. Se realizó precorte en 216 (8.4%), consiguiendo canular en 172 (80%). De los 44 pacientes restantes con precorte fallido, 24 fueron excluidos por no realizarse segunda CPRE:CTPH (8), IQ directa (7), no indicación o rechazo de segunda CPRE (7) y perforación tratada con IQ incluyendo drenaje biliar (2). No se observaron casos de colangitis que impidieran la segunda CPRE. En el grupo de estudio (20 pacientes) se realizó una CPRE diferida en una mediana de tiempo de 7 días (rango 2-29). Se logró canulación en 16 (80%). En los otros 4 se realizó CTPH (2) y tratamiento conservador por mal pronóstico (2). Se produjeron 3 complicaciones tras la CPRE inicial (2 hemorragias y 1 pancreatitis, todas leves) y ninguna tras la segunda. Una segunda CPRE realizada precozmente ($\leq$ 4 días) parece menos efectiva (33.3% vs 88.2%,p=0.08).

CONCLUSIONES: La CPRE diferida tras un precorte fallido permite la canulación profunda en la mayoría de casos de forma efectiva y segura. Parece conveniente esperar más de 4 días para el segundo procedimiento.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-162

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL ACLARAMIENTO COMPLETO DE COLÉDOCOLITIASIS EN LA 1º SESIÓN DE CPRE SOBRE PAPILA NÄIVE

Martos Vizcaíno, Esperanza; Delgado Álvarez, María Pilar; Santos Santamaría, Laura; Sánchez Gómez, Fernando; Marín Gabriel, José Carlos; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Castellano Tortajada, Gregorio; Del Pozo García, Andrés J.
Hospital 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: La CPRE es de elección en el tratamiento de litiasis biliares extrahepáticas. La esfinterotomía asociado a balón de Fogarty o cesta de Dormia alcanzan más del 80% de éxito al primer intento en litiasis sencillas. En coledocolitiasis >15 mm los resultados publicados con técnica convencional son desalentadores (éxito: 12%). Papiloplastia y precorte pueden ser alternativas eficaces y seguras para estas litiasis.

OBJETIVO: Primario: analizar éxito en la extracción de coledocolitiasis al primer intento (papila näive). Secundarios: analizar factores influyentes (técnicos, anatómicos, indicación, litiásicos) y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción de 182 pacientes con papila intacta, incluidos de modo prospectivo y consecutivo, sometidos a CPRE por coledocolitiasis desde febrero 2012. El 89% de CPRE se realizaron por adjunto experto, bajo sedación por endoscopista, con duodenoscopios Olympus TJF-Q-180V.

RESULTADOS: Aclaramiento: completo: 85.16%; parcial: 6.6%; fracaso: 8.24%. Factores del paciente: 1. ASA: I-II: 45.6%, III-IV: 54.4%. 2. Indicación: colangitis (47.8%); ictericia obstructiva (37.36%). 3. Factores anatómicos: divertículos (30.22%), ectropión (11.54%), estenosis papilar/papilitis (31.87%), papila pequeña (12.64%). Factores técnicos: 1. Nº de litiasis: múltiples (≥3): 31.87%. 2. Tamaño: <10mm: 49.45%, 10-18 mm: 39.44%; ≥18mm: 11.11% (50.55% >de 10 mm). 3. Dispositivos: Fogarty: 86.26%; Dormia: 9.89%; balón CRE: 7.69%; precorte: 12.64%; stent biliar: 7.14%; litotricia mecánica: 1.65%. Complicaciones: 6pacientes presentaron hemorragia con anemización y/o necesidad de transfusión de hemoderivados, perforación (1.1%) y pancreatitis (5.49%,todas ellas salvo 1caso, leves).

CONCLUSIONES: 1. En nuestra serie, pese a haber un 50% de coledocolitiasis mayores de 10 mm, se consiguió una extracción total del 85%. 2. El uso de los dispositivos oportunos en manos experimentadas, adaptados a anatomía y características litiásicas, hacen de la CPRE un procedimiento eficaz y seguro, incluso en la extracción de litiasis de gran tamaño, en donde la dificultad técnica comporta un incremento en el número de episodios de pancreatitis, en su mayoría leves.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-163

CPRE EN PACIENTES CON ANATOMÍA POSTQUIRURGICA: INDICACIONES, TÉCNICAS Y RESULTADOS

González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Santos Santamarta, Fernando; Busto Bea, Víctoria; Peñas Herrero, Irene; Núñez, Henar; Díez Redondo, Pilar; Gil Simón, Paula; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La alteración postquirúrgica de la anatomía del tracto digestivo (APQA) se asocia con obstrucción biliar. Enteroscopia, laparoscopia y abordajes percutáneos o USE-guiados (DBUSE) no siempre logran drenaje endoscópico de vía biliar.

OBJETIVO: Caracterizar pacientes APQA sometidos a drenaje endoscópico (CPRE, DBUSE y abordajes percutáneos), describir las técnicas empleadas y evaluar resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión pacientes APQA consecutivos sometidos a CPRE entre Agosto-2012 y Junio-2014 sobre tipo APQA, indicación, éxito técnico (acceso ductal y drenaje inicial), complicaciones inmediatas, éxito clínico (extracción completa litiasis, resolución definitiva estenosis benignas, despgimentación obstrucción biliar maligna). Comparaciones Chi-cuadrado entre Billroth I+II frente a asa aferente larga (AAL).

RESULTADOS: Entre 1944 endoscopias biliopancreáticas durante el periodo de estudio, de las que 1838 fueron para drenaje ductal (1755 CPREs, 189 DBUSEs y derivadas), se identificaron 46 pacientes (edad: mediana [rango] = 76 [42-92]); 80.4% varones) con APQA, 14 con asa corta (13 Billroth II, 1 Billroth I) y 32 con AAL (22 Y-de-Roux [esófago/gastro/hepático-yeyunostomía = 1/11/10], 8 Whipple, 2 Scopinaro). Indicación maligna en 17 (47% páncreas) y benigna en 29 (69% litiasis extra [n=16] o intrahepática [n=4], 31% estenosis). Se obtuvo éxito técnico en 44 (95.6%) casos (22 CPRE, 19 DBUSE), aunque 3 precisaron apoyo percutáneo (2 PATENT, 1 CTPH), y sólo hubo éxito clínico en 29/44 (66%). Se registraron 8 (17%) complicaciones, 3 colangitis, 3 sangrado, 2 perforación; 2 severas (1 exitus). En Billroth I+II hubo 78% indicación benigna, 100% éxito técnico por CPRE y 71% éxito clínico frente AAL con 56% benigna, 25% éxito técnico CPRE y 59% éxito clínico, sin signficación Chi-cuadrado (Tabla).

CONCLUSIONES: AAL representan hoy 70% APQA en pacientes sometidos a CPRE, y Billroth II es minoritario. DBUSE y abordajes percutáneos sumados a CPRE logran 95% éxito técnico. El éxito clínico es menor, por complejidad patología biliar asociada (estenosis hiliares/anastomóticas, hepatolitiasis).

		TIPO APQA DEL TUBO DIGESTIVO	
		Asa Aferente Larga (n = 32)	Billroth I+II (n = 14)
INDICACIÓN	Benigna	18	11
	Maligna	14	3
ÉXITO TÉCNICO	CPRE	8	14
	USE	19	0
	Fallido	2	0
ÉXITO CLÍNICO	no	13	4
	si	19	10

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-164

DOBLE DERIVACIÓN ENDOSCÓPICA (DDE) PALIATIVA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN NEOPLÁSICA BILIAR Y DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO: INTERVENCIONES Y RESULTADOS FUNCIONALES

González Redondo, Guillermo; Sánchez-Ocaña, Ramón; Loza Vargas, Andrea; Amo Alonso, Rebeca; Busto Bea, Víctoria; Santos Santamarta, Fernando; Núñez, Henar; Díez Redondo, Pilar; Gil Simón, Paula; De La Serna Higuera, Carlos; Pérez-Miranda, Manuel
Hospital Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: Es posible la colocación endoscópica concomitante de stents biliares y duodenales (DDE) en pacientes con obstrucción biliar y al vaciamento gástrico simultáneas.

OBJETIVO: Describir técnicas y resultados de DDE en pacientes con estenosis doble maligna, biliar y duodenal, no subsidiarios de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisan pacientes consecutivos sometidos a DDE entre Enero-2010 y Julio-2014, clasificados por cronología y localización estenosis duodenal (tipos I-III de Mutignani, Endosc'07). Se describen tasas de disfunción (recidiva de síntomas con stent in situ) comparando mediante Chi-cuadrado drenaje biliar transmural USE-guiado Vs transpapilar.

RESULTADOS: DDE en 41 pacientes, 61 % hombres, edad mediana 77 (30-91 años). Etiología: Cáncer páncreas 49 %, gástrico 24%, otros en 36%. Cronología presentación: primero obstrucción biliar 17 pacientes (41%), sincrónica 16 (39%) y primero duodenal 4 (10 %). Localización estenosis duodenal: bulbo 39 %, segunda porción 59 %, y tercera en 2 (Tabla 1A). Acceso a vía biliar transpapilar en 58 % y transmural en 42 %. A pesar de un mayor recurso a USE frente a CPRE en las estenosis tipo II, no hubo significación en el tipo de acceso biliar Vs tipo de estenosis duodenal (p = 0,58). Hubo 5 (12%) complicaciones post-procedimiento (1 grave) Tras una mediana de seguimeinto de 3,5 meses (1-37), hubo 21 (55%) pacientes con algún episodio de disfunción: 10 biliares, 11 duodenales (Tabla 1B). El 85% se resolvieron mediante reintervención endoscópica, 5% cirugía y 3 éxitus por disfunción (incluido el paciente operado). No hubo diferencias significativas en cuanto al tipo de drenaje biliar (transpapilar/transmural) y la incidencia de disfunción biliar.

Tabla 1A			TIPO DE ESTENOSIS DUODENAL	
Cronología		Acceso biliar	I (bulbo)	II (2ª porción)
METACRONICA		USE	6	3
		CPRE	8	8
SINCRONICA		USE	1	6
		CPRE	4	4

Tabla 1B DISFUNCIÓN	N PACIENTES	N EPISODIOS (mediana/rango)	TIEMPO MEDIO	N EXITUS
BILIAR	10	1 (1-12)	3,5 meses	2
DUODENAL	11	1 (1-5)	4 meses	1

CONCLUSIONES: La DDE paliativa es técnicamente posible mediante CPRE y USE en la mayoría de pacientes con estenosis biliar y duodenal sintomáticas concomitantes. La mitad experimentan disfunciones durante el seguimiento, que pueden tratarse satisfactoriamente mediante reintervención endoscópica.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-165

PANCREATITIS POST-ERCP SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIFERIDA POST-ESFINTEROTOMÍA: UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR

Alcivar Vásquez, Juan Manuel; Rincon Gatica, Adalberto; Leon Montañes, Rafael; Sobrino Rodríguez, Salvador; López Ruiz, Teófilo; Martínez, Carmen
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones post-ERCP alcanzan un 5-10%, con una mortalidad del 0.33%. La principal es la pancreatitis post-ERCP (PEP), con una incidencia de 1-10% y la hemorragia post-esfinterotomía (inmediata/diferida) cuya incidencia es del 0.8-2% (mayoritariamente diferidas). La asociación entre PEP y hemorragia post-esfinterotomía es muy infrecuente, y se produce como consecuencia de la obstrucción del conducto pancreático por coágulos.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, que se realiza ERCP sin incidencias (esfinterotomía amplia y limpieza con balón de 15mms), en el seguimiento, la primera amilasa fue normal (6hrs) y a las 12hrs presenta clínica compatible con PEP (amilasemia de 1708UI/ml), además de hematemesis con hipotensión/taquicardia y caída de hemoglobina hasta 8.0 g/dl.

ENDOSCOPIA: Se realiza duodenoscopia objetivando una papila con morfología de esfinterotomía con bordes fibrinados, tras varios lavados se aprecia la salida de un molde de cóagulo proveniente del orificio papilar que se lava y aspira ***(figura 1)***; no se logra evidenciar un vaso visible o punto sangrante, sin embargo, en la cara anterior se observa algunos puntos eritematosos que ante la duda se inyectaron 10cc de adrenalina diluida en 2 cuadrantes. A las 72 horas fue dada de alta.

COMENTARIOS: El interés es doble. Por una parte describir esta asociación infrecuente, y por otro lado alertar al clínico de una posible sospecha de sangrado post-esfinterotomía diferido tras una elevación de la amilasa y clínica compatible con PEP tras una evolución inicial favorable con primera amilasemia normal.

Figura 1: Molde de coágulo proveniente del orificio papilar.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-166

EXTRACCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS DE GRAN TAMAÑO CON MOLDE COMPLETO DEL ÁRBOL BILIAR INTRAHEPÁTICO

Aguilar Urbano, Víctor Manuel; García Fernández, Gregorio; De Sola Earle, Carlos Miguel

Instituto De Enfermedades Digestivas De Marbella. Hospital Humanline Banus, Marbella

INTRODUCCIÓN: La causa más frecuente de colangitis aguda es la obstrucción biliar, generalmente por coledocolitiasis. En los casos de coledocolitiasis de gran tamaño (> 10 mm), la extracción resulta más compleja con necesidad de instrumental y técnicas menos rutinarias.

ENDOSCOPIA: Mujer de 79 años colecistectomizada, con múltiples factores de riesgo vascular, portadora de marcapasos y con estenosis aórtica con prótesis biológica. Acude por presentar cuadros de colangitis agudas de repetición secundaria a coledocolitiasis >15 mm. Se ha realizado multitud de CPRE con inserción de prótesis plástica biliar sin posibilidad de extracción de la litiasis. Los episodios son cada vez más frecuentes y graves (cada mes con necesidad de drogas vasoactivas). Realizamos CPRE visualizándose por radioscopia directa árbol biliar intrahepático sin necesidad de contraste por molde de barro biliar. Se decide ampliar esfinterotomía previa, dilatación papilar con balón hidroestático de gran tamaño y fragmentación con litotriptor de la litiasis (de unos 20 mm de diámetro), extrayéndose los fragmentos y volviéndose a realizar CPRE al mes (por lo prolongado del procedimiento) para limpieza completa de la vía biliar intrahepática. Sin nuevos episodios en los últimos 8 meses.

COMENTARIOS: La extracción endoscópica de coledocolitiasis de gran tamaño con dilatación de la papila con balones hidrostáticos consigue una tasas de extracción total cercana al 100%. Es importante realizar limpieza del árbol biliar completo para evitar las colangitis de repetición. El éxito en este tipo de casos depende de la paciencia del explorador y de la programación del procedimiento en dos tiempos.

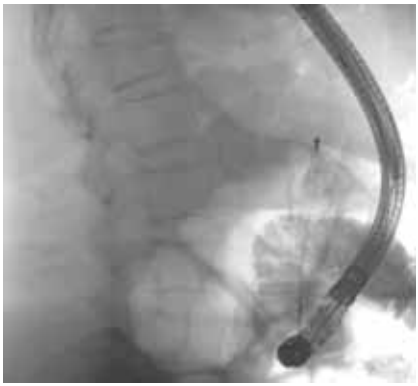


Figura 1. Visualización de árbol biliar intrahepático con molde de barro biliar y atrapamiento de CDL de gran tamaño con cesta de Dormia.

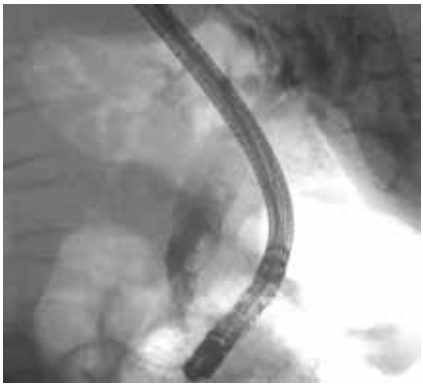


Figura 2. Visualización de limpieza tras fragmentación y entrada de contraste en vía biliar intrahepática izquierda.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-167

ROTURAS SUCESIVAS DE STENTS BILIARES

Espinel, Jesús; Álvarez, Begoña; Pinedo, Eugenia; Vaquero, Luis; Dominguez, Ana Belén
Hospital de León, León

INTRODUCCIÓN: Los stents biliares autoexpandibles (SBA) proporcionan una prolongada paliación en el tratamiento de la obstrucción biliar neoplásica no quirúrgica, con escasas complicaciones. Presentamos un caso de roturas sucesivas de stents biliares recubiertos.

ENDOSCOPIA: Varón de 64 años, diagnosticado de ictericia obstructiva por tumor neuroendocrino pancreático bien diferenciado con metástasis hepáticas. CPRE (2-8-11): colocación de SBA recubierto (10x60mm,Hanaro). Un año después, ingresa por colangitis. CPRE (2-10-12): stent fracturado con pérdida del extemo distal (duodenal) y migración parcial a hepatocolédoco del resto del stent; Se extrae el stent fragmentado de hepatocolédoco y se coloca un nuevo SBA similar. Cuatro meses después el paciente ingresa por colangitis. CPRE (19-2-13): stent biliar igualmente fragmentado. Se retira y se coloca un stent no recubierto (Wallflex). Evolución: sucesivos episodios de colangitis, a pesar de procedimientos alternativos de drenaje (DTPH).

COMENTARIOS: La rotura del stent metálico biliar es una rara complicación. La mayor parte de los casos descritos han sido de stents de nitinol. El tiempo de aparición de la rotura es variable (1-21 meses). El mecanismo de producción no está claramente establecido. Se apuntan diferentes mecanismos: 1) Fallo en la fabricación: posibilidad si la rotura fue precoz. 2) Corrosión del metal: relación con roturas tardías. 3) Fatiga/estres del nitinol: El stent de nitinol presenta una buen fuerza radial y flexibilidad con escaso acortamiento. Estas características junto con el hecho de que nuestro paciente presenta un tumor neuroendocrino pancreático, caracterizado por su gran rigidez, podría haber condicionado las roturas sucesivas.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-168

COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE COLEDOCODUODENOSTOMÍA RESUELTA MEDIANTE COLOCACIÓN DE PRÓTESIS BILIAR

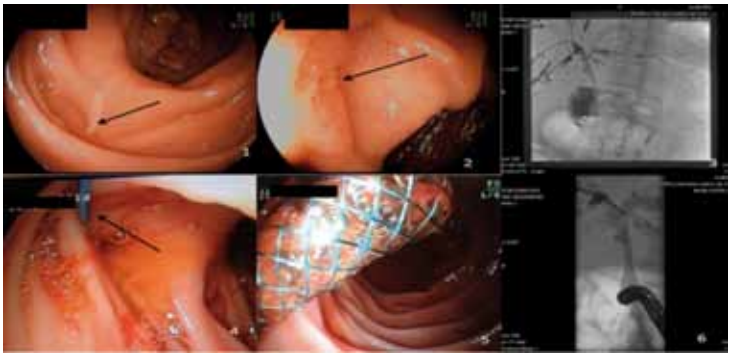
Serrano Ladrón De Guevara, Soledad; Rincón Fuentes, José Pablo; Contreras Padilla, David; Carrión García, Fuensanta; García Tercero, Iván; Martínez Otón, José Antonio; Sastre Lozano, Violeta; Sevilla Cáceres, Laura; Torregrosa Lloret, María; Vicente López, Jaime; Morán Sánchez, Senador
HGU Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: Mujer 72 años con colecistectomía más coledocoduodenostomía en 1997. Posteriormente preciso exéresis de cabeza y cuerpo pancreáticos por flemón inflamatorio, hemicolectomia derecha, esplenectomía y gastroyeyunostomía. Tras ello, prurito intratable diagnosticándose en 2013 de colangitis esclerosante secundaria no trasplantable. Ingresa por ictericia, fiebre y cuadro constitucional destacando bilirrubina 3.4, GPT 78, GOT 124, GGT 569, FA 765, y 17000 leucocitos, compatible con colangitis aguda. TAC: aumento de dilatación de vía intra y extrahepática con colédoco colapsado.

ENDOSCOPIA: Duodeno normal, con orificio puntiforme a las 7 horas pasado bulbo, compatible con coledocoduodenostomia, visualizando a dicho nivel reguero blanquecino que no desprende al lavado, que sugiere pus (foto 1). En rodilla duodenal, penacho mucoso con orificio compatible con papila (foto 2).

Resolución: se realiza colangiografia visualizando vía biliar dilatada, arrosariada, con multiples estenosis y anastomosis colédoco-duodenal subocluida, con papila desfuncionalizada (foto3). Se dilata vía intrahepatica, coledoco y exteriorizando una guía a boca para guiar revisión endoscópica (foto 4). Vía percutánea se coloca protesis biliar, con recolocación endoscópica en el mismo acto por tendencia a la migración (foto 5 y 6).

COMENTARIOS: La tasa de complicaciones derivada de la cirugía bilioenterica oscila del 5 al 43 %,presentando la colangitis esclerosante secundaria a estenosis de la coledocoduodenostomía una incidencia de 1.4%, ocasionando colangitis de repetición que pueden condicionar una nueva cirugía por su severa morbilidad. Los factores relacionados con una menor tasa de complicaciones son: indicación quirúrgica correcta, colédoco mayor de 15 mm, anastomosis de 14 mm y niveles previos de bilirrubina entre otros.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-169

SÍNDROME DE MIRIZZI RESUELTO MEDIANTE LITOTRICIA CON LÁSER A TRAVÉS DE SPY-GLASS

Herrera, Iván; Aparicio, José Ramón; Martínez, Juan; Ruiz, Francisco; Compañy, Luis; Casellas, Juan Antonio
Hospital Genera Universitario de Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN: La coledocolitiasis de gran tamaño representa una dificultad para su extracción mediante las técnicas convencionales y suele precisar múltiples procedimientos endoscópicos para su solución. La utilización de la litotricia con láser Holmiun a través del coledocoscopio spy-glass puede fragmentar el cálculo con facilidad y conseguir su extracción en pocas sesiones.

Presentamos un caso de síndrome de Mirizzi postquirúrgico resuelto mediante litotricia con láser Holmium a través de spy-glass así como nuestra experiencia con este procedimiento.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Mediante la introducción de una fibra láser SlimLine SIS GI (Lumenis Surgical) de 365 m y 4.25 m conectada a una fuente de láser Holmiun VersaPulse P20 (Lumenis Surgical), se realizó litotricia del cálculo consiguiendo fragmentarlo en múltiples fragmentos de pequeño tamaño que se extraen con globo de extracción con facilidad. La colangiografía de control muestra la ausencia de estenosis de la vía biliar.

CONCLUSIONES: La litotricia con láser Holmium es un método útil y eficaz combinado en el Spyglass para la resolución de coledocolitiasis difíciles, cuando fallan los métodos habituales.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-170

RECUPERACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICA DE APOSICIÓN LUMINAL (PMAL) MIGRADA DURANTE EL DRENAJE TRANSGÁSTRICO DE COLECCIÓN SITUADA BAJO EL MESOCOLON TRANSVERSO: ABORDAJE ENDOSCÓPICO

Alonso Sierra, María Teresa; Subtil, José Carlos; Betés, Maite; Alzina, Alejandra; González, Santiago; García- Albarrán, Laura; Muñoz- Navas, Miguel
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Paciente joven con recidiva de carcinoma renal de células claras que infiltra músculo psoas derecho, hígado, segunda porción duodenal y vena cava inferior. Es tratada quirúrgicamente mediante resección duodenal, hepatectomía atípica y reconstrucción vascular con injerto de cava. En el postoperatorio desarrolla colección sintomática compatible con linfocele. Se solicitó valoración de drenaje transgástrico.

En la ecoendoscopia se evidencia una gran colección no adherida a la pared gástrica, situada bajo el mesocolon transverso, existiendo una distancia mínima de 6 mm. Se decidió drenarla a estómago mediante PMAL. Al liberar el anclaje interno del stent y debido a la tensión entre los distintos compartimentos, el anclaje externo es arrastrado fuera de la pared gástrica, quedando la prótesis anclada en el mesocolon transverso dentro de la transcavidad epiploica. Se amplió la fístula transgástrica y se introdujo un gastroscopio en la transcavidad. Se realizaron múltiples intentos fallidos de recolocación de la prótesis. Se aspiró la colección, se retiró la prótesis y se cerró el orificio del mesocolon con un clip. Se lavó la transcavidad abundantemente con suero fisiológico y se cerró el orificio gástrico con cinco clips y dos endoloops. Posteriormente, mediante abordaje radiológico, se colocó un drenaje de la transcavidad a piel consiguiendo el colapso de ésta y la resolución de la colección.

La tensión entre los distintos compartimentos, el diseño y la forma de liberación de las PMAL puede favorecer la migración de las mismas durante su colocación.

El manejo endoscópico de esta complicación puede evitar otros abordajes más agresivos.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-171

SÍNDROME DE MIRIZZI: UNA NUEVA PATOLOGÍA PARA LA TERAPIA ENDOSCÓPICA

Ontanilla Clavijo, Guillermo; León Montañés, Rafael; Alcívar Vásquez, Juan Manuel; Rincón Gatica, Adalberto; López Ruiz, Teófilo; Sobrino Rodríguez, Salvador; Márquez Galán, José Luis

Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La compresión extrínseca del conducto hepático común secundaria a una litiasis enclavada en el conducto cístico o el infundíbulo vesicular se denomina Síndrome de Mirizzi(SM). Con un tratamiento fundamentalmente quirúrgico, hoy en día técnicas endoscópicas basadas en la colangioscopia ofrecen alternativas en determinados casos.

ENDOSCOPIA: Mujer de 76 años que tras un primer episodio de ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis resuelta mediante CPRE(esfinterotomía) ingresa de nuevo ictericia obstructiva. Se realizó nueva CPRE que puso de manifiesto una litiasis en cuello vesicular de 20x13 mms que comprimía el colédoco. Dado el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi tipo I se decide realizar colecistectomía laparoscópica en la que se objetivó una litiasis en cuello vesicular como responsable del cuadro clínico dado que comprimía el colédoco.

COMENTARIOS: El SM es una complicación poco frecuente de la colelitiasis. La extirpación endoscópica de las colelitiasis del conducto biliar común puede ser efectiva previa a la cirugía, siendo el tratamiento de elección cuando no se puede realizar dicha cirugía. Se están desarrollando técnicas endoscópicas de alta complejidad fundamentadas principalmente en la colangioscopia directa. Combinando la técnica de colecistectomía laparoscópica junto con la colangioscopia intraoperatoria y la CPRE pre y post quirúrgica para sondaje y aspirado nasobiliar se consigue menor tiempo de hospitalización, número de intervenciones quirúrgicas y menor pérdida de sangre. Otras opciónes son la litotricia electrohidráulica mediante colangioscopia con un 96-100% de éxito para eliminar las litiasis o la litotricia extracorpórea con ondas de choque, con un 83% de éxito para limpiar la vía biliar.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-172

DRENAJE DE ABSCESO PERIGÁSTRICO MEDIANTE ENDOSCOPIA UTILIZANDO UNA PRÓTESIS METÁLICA CUBIERTA

Calderón García, Ángel José; Díaz Roca, Ana Belén; Bravo, Maite; Merino, Ainara; Castro, Aldo; Orive, Víctor
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: El drenaje de colecciones, frecuentemente pseudoquistes pancreáticos, es una técnica de uso común habitualmente dirigidas por ecoendoscopia.

Presentamos el caso de una mujer de 80 años que por dolor abdominal y fiebre se realiza un TAC abdominal donde se observa una colección abcesificada entre el hígado y la curvadura menor gástrica donde parece apreciarse un cuerpo extraño causante del absceso.

ENDOSCOPIA: Se observa en la gastroscopia un abultamiento de la pared anterior de la zona de transición cuerpo-antro que corresponde con la compresión del absceso en el estómago. No se visualiza ningún cuerpo extraño intragástrico.

Se punciona con una aguja de esclerosis que penetra en el absceso apreciando salida de abundante pus al retirar la aguja.

Posteriormente se lanza guía al interior del absceso y se introduce una prótesis autoexpandible cubierta de 3 cm de longitud y 10 mm de diámetro de copas anchas de la casa Tae-Wong para garantizar el drenaje de la cavidad abscesificada al estómago. En TAC de control se aprecia la prótesis bien colocada y en el TAC de control al mes se observa la desaparición del absceso por lo que se retiró la prótesis presentando una buena evolución.

COMENTARIOS: Se realiza con éxito técnico y clínico mediante endoscopia el drenaje de un absceso perigástrico mediante una prótesis metálica corta de copas anchas diseñadas para conectar cavidades minimizando la posibilidad de migración.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-173

PRÓTESIS METÁLICAS ESOFÁGICAS CUBIERTAS COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS TRAUMÁTICAS: SERIE DE 3 CASOS

Llerena Santiago, Susana; Alonso Martín, Carmen; García García, María José; Trugeda Carrera, María Soledad; López Useros, Antonio; Arias Loste, María Teresa; Iruzubieta Coz, Paula; Terán Lantarón, Álvaro; De La Peña García, Joaquín; Crespo García, Javier
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN: La perforación esofágica (PE) es una situación clínica poco frecuente, con elevada mortalidad (17-21%). El tratamiento estándar es la esofaguectomía urgente, siendo la propia intervención responsable de parte de la morbi-mortalidad. El uso de prótesis metálicas cubiertas (cSEMS) o parcialmente cubiertas (pcSEMS) es habitual en dehiscencias y fístulas anastomóticas, aunque hay menos datos sobre su uso en la PE traumática. Presentamos una serie de tres casos en que las SEMS permitieron evitar la esofaguectomía urgente, consiguiendo realimentación oral precoz y retirada en 4-6 semanas.

ENDOSCOPIA:

Caso1: Mujer de 73 años, con PE en tercio inferior de 72h. de evolución, por espina de pescado con mediastinitis localizada. Se realizó toracotomía lateral para drenaje y extracción de la espina y endoscopia simultánea, colocando una pcSEMS.

Caso2: Mujer de 55 años con PE en tercio distal secundaria a síndrome de Boerhaave. Se colocó una cSEMS con buena evolución inicial, aunque precisó toracotomía y drenaje de empiema un mes después.

Caso3: Varón de 73 años, con PE en tercio medio de 48 horas de evolución, por hueso de pollo. Se realizó endoscopia extrayendo un hueso de 6 cm enclavado y colocando una cSEMS. Ante la persistencia de la fuga de contraste oral, se realizaron dos sesiones de sellado con Tissucol® en la primera semana que ayudaron a resolverla.

COMENTARIOS: En nuestra experiencia las cSEMS pueden ser eficaces para el cierre de PE traumáticas y evitar una cirugía con elevada morbi-mortalidad. Esta opción debe ser cuidadosamente discutida con equipos multidisciplinares y casos seleccionados.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-174

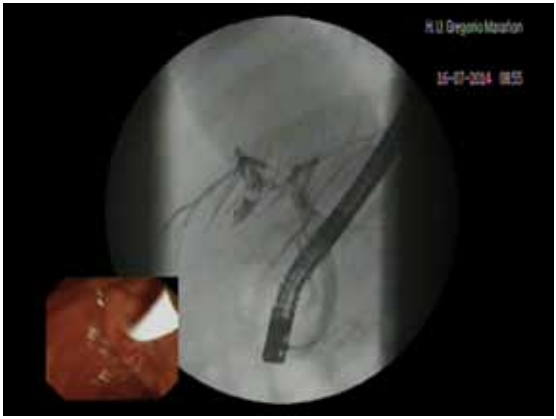
HEPATOLITIASIS RESUELTA MEDIANTE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE)

Avila Alegria, Juan Carlos; González Asanza, Cecilia; Carbonell Blanco, Carlos; Padilla Suárez, Camilo; Martínez Lozano, Helena; García Lledó, Javier; Merino Rodríguez, Beatriz; Nogales Rincón, Oscar; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital General Universitario Gregorio Marañón,Madrid

INTRODUCCIÓN: La hepatolitiasis es una condición de etiopatogenia desconocida que consiste en la formación de cálculos en los conductos hepáticos y presenta a menudo colangitis de repetición asociado a estenosis de ductos biliares con potencial progresión a cirrosis biliar secundaria y asociación importante con desarrollo de colangiocarcinoma. El manejo va dirigido a la extracción de la litiasis, facilitar el drenaje biliar y prevenir complicaciones a largo plazo, mediante endoscopia, radiología intervencionista y/o cirugía.

ENDOSCOPIA: Presentamos el caso de una paciente de 34 años que consulta por hipertransaminasemia y cólico biliar de repetición, siendo diagnosticada de colelitiasis y hepatolitiasis por colangiorresonancia. Se realiza CPRE con esfinterotomía y extracción de dos litiasis de conducto hepático izquierdo con balón de Fogarty, sin complicaciones. Presenta evolución desfavorable con aparición de colangitis aguda observando en resonancia magnética la presencia de litiasis intrahepática derecha, por lo que se realiza nueva CPRE en la que se extrae, con dificultad, litiasis de 5mm alojada en un radical intrahepático de segundo origen con salida de líquido purulento, sin complicaciones. En el control a los 6 meses, presenta recidiva de hepatolitiasis derecha, aunque permanece asintomática y se decide manejo conservador con revisiones periódicas.

COMENTARIOS: La hepatolitiasis es una condición con alta morbilidad y riesgo de complicaciones potencialmente fatales. Se debe individualizar cada caso para valorar el riesgo-beneficio de la extracción endoscópica de los cálculos, disminuyendo la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico, a pesar de que por sí solo el tratamiento endoscópico presente un alto porcentaje de recurrencia de litiasis.



CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-175

HEMOBILIA POSTCOLECISTECTOMIA TRATADA MEDIANTE PRÓTESIS BILIAR

Romero Rodríguez, Esperanza; González Carro, Pedro; Pérez Roldan, Francisco; Tébar Romero, Emilia Mª; Peña Martínez, Patricia; Aoufi Rabih, Sami; Legaz Huidobro, María Luisa; Roncero Gª-Escribano, Óscar; Tejero Bustos, Mª Ángeles; Sánchez-Manjavacas Muñoz, Natividad; Bernardos Martin, Esther
Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan

Estructura para Casos Endoscópicos.

INTRODUCCIÓN: Paciente de 84 años con colecistectomía abierta urgente por colecistitis en Agosto de 2014 que ingresa al décimo día del alta por melenas de 72h de evolución con Hb de 7.5 g/dl. La gastroscopia urgente objetiva sangrado a través de papila duodenal por lo que se realiza una duodenoscopia, observando coágulos y hemo fresco en papila. Se coloca prótesis metálica biliar de 10x40 recubierta (Wallflex) para evitar obstrucción de la vía biliar. El angioTAC descartó patología aneurismática, observándose un conglomerado de aspecto flemonoso sin colecciones drenables. Tras estabilización hemodinámica pertinente se realizó a las 24 horas COLEDOSCOPIA.

ENDOSCOPIA: se observó una imagen mamelonada de aspecto inflamatorio de 4-6mm, ulcerada, con sangrado activo en sábana. Después de tomar citología por cepillado y aspiración, se colocó prótesis metálica recubierta de 10x100mm con la intención de hacer hemostasia por compresión.

COMENTARIOS: Tras colocar la prótesis, la paciente evolucionó favorablemente sin presentar signos de recidiva hemorrágica. Las citologías resultaron negativas para malignidad. A la semana se retiró la prótesis biliar y se volvieron a tomar citologías, que igualmente resultaron negativas. 1 mes después la paciente se encuentra asintomática.

La hemobilia es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. En series antiguas puede aparecer en el 0.2% de las colecistectomías abiertas. Su tratamiento convencional puede requerir una reintervención quirúrgica si no es posible la embolización si se observa una lesión vascular. El abordaje endoscópico por compresión mecánica directa puede suponer una alternativa terapéutica puente o definitiva en algunos casos.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-176

SUBOCLUSION INTESTINAL POR NEOPLASIA SINCRONICA DE COLON IZQUIERDO Y TRANSVERSO TRATADA MEDIANTE COLOCACION DE DOS PROTESIS METALICAS AUTOEXPANDIBLES

Cañete Pizarro, Fiorella Consuelo; Zugasti Gotchalk, Carlos Manuel; Papo Berger, Miguel; Ballesté Peris, Belén; Portilla, Dustin; Menacho Viladot, Margarita; Pardo Balteiro, Alberto; Sopeña, Julia; Abadía De Barbará Marin, Carme; Montoliu Llopis, Silvia; Quer Boniquet, Joan Carles

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la obstrucción colónica tumoral mediante la inserción de prótesis metálicas autoexpandibles es un procedimiento poco invasivo y eficaz. Describimos el caso de un paciente que presentó una suboclusión intestinal como consecuencia de una neoplasia sincrónica de colon que fue tratado mediante colocación de dos prótesis metálicas autoexpandibles.

ENDOSCOPIA: Varón de 77 años acudió a urgencias por suboclusión intestinal. TAC abdominal urgente demostró la presencia de una neoplasia estenosante de colon transverso con presencia múltiples lesiones metastásicas hepáticas. La colonoscopia evidenció una neoplasia subestenosante en colon izquierdo y una neoplasia sincrónica estenosante en transverso. Las biopsias fueron consistentes con adenocarcinomas moderadamente diferenciados. Se decidió tratamiento descompresivo mediante inserción de dos prótesis de colon. De forma programada se realizó nueva colonoscopia consiguiendo superar la neoplasia subestenosante de colon izquierdo hasta alcanzar la neoplasia de colon transverso. Bajo control fluoroscópico se insertó una primera prótesis metálica autoexpandible no recubierta (Wallflex 25 x 90 mm) a través de la neoplasia de transverso, para colocar posteriormente una segunda prótesis (Wallflex 25 x 90 mm) en la neoplasia de colon izquierdo. La intervención se realizó sin complicaciones inmediatas ni posteriores, presentando el paciente una completa resolución del cuadro suboclusivo. A los tres meses de haberse realizado el procedimiento, seguía tratamiento quimioterápico por vía oral encontrándose asintomático.

COMENTARIOS: La colocación de dos prótesis metálicas autoexpandibles en neoplasias sincrónicas de colon es una medida posible y mínimamente invasiva que puede resolver de forma eficaz la obstrucción colónica tumoral especialmente en pacientes con enfermedad metastásica.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-177

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA. DIAGNOSTICO MEDIANTE CPRE

Cañete Pizarro, Fiorella Consuelo; Zugasti Gotchalk, Carlos Manuel; Papo Berger, Miguel; Portilla, Dustin; Montoliu Llopis, Silvia; Abadia De Barbará Marin, Carme; Pardo Balteiro, Albert; Menacho Viladot, Margarita; Ballesté Peris, Belén; Sopeña, Julia; Quer Boniquet, Joan Carles

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN: La CPRE es una técnica cuyo papel diagnóstico ha quedado desplazado por otras exploraciones de imagen (colangio RMN), siendo actualmente su principal indicación los diferentes procedimientos terapéuticos de la patología biliopancreática (BP). Describimos el caso de un paciente en el que la CPRE estableció el diagnóstico de Colangitis Esclerosante Primaria.

ENDOSCOPIA: Paciente varón de 44 años afectado de una colitis ulcerosa (E3) diagnosticada a los 17 años. Desde marzo de 2011 presenta discreta colestasis disociada. Para su estudio se indicó una colangioRMN que fue normal, y una PBH cuyo estudio histopatológico fue consistente con hígado graso no alcohólico. Dos años más tarde presenta franco empeoramiento de la colestasis (GGT 850 U/L, FA 990 U/L, bil 2,50 mg/dl). Se realizó CPRE que mostró una marcada estenosis del conducto hepático común, marcada dilatación de los dos hepáticos, y una morfología arrosariada y con varias estenosis de la ramas intrahepáticas del árbol biliar. Se practicó cepillado de la estenosis cuyo estudio citológico fue negativo para células malignas y se colocó una prótesis de plástico (10cms x 10F). Los hallazgos fueron consistentes con el diagnóstico de CEP. Se indicó una nueva colangioRM que mostró hallazgos similares a los de la CPRE, consistentes con CEP.

COMENTARIOS: A pesar de que actualmente la CPRE ha quedado relegada como procedimiento terapéutico de la patología BP, todavía existen algunos casos en la que puede ser de utilidad como técnica diagnóstica obteniéndose imágenes de gran calidad.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-178

ICTERICIA OBSTRUCTIVA COMO PRIMERA MANIFESTACION DE UN CARCINOMA PULMONAR

Viejo Almanzor, Alejandro; Abraldes Bechiarelli, Alfredo José; Rodríguez Ramos, Claudio; Bonilla Fernández, Araceli; Díaz Jiménez, José Alberto; Correro Aguilar, Francisco José
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN: Varón de 51 años, fumador de 60 cigarrillos/día, sin enfermedades relevantes, que acude a urgencias con clínica de ictericia obstructiva.

Mediante ecografía y TC Abdominal es diagnosticado de infiltración de cabeza pancreática con dilatación de la vía biliar, masas suprarrenales bilaterales, adenopatías y trombosis de vena cava inferior y esplénica. En TC de tórax presenta nódulos pulmonares y adenopatías hiliares, sugestivos de neoplasia pulmonar primaria.

Realizamos punción diagnóstica guiada por ecografía de la masa pancreática para su estudio histológico. Dado el progresivo empeoramiento clínico secundario a la obstrucción biliar (vómitos, dolor) intentamos drenaje endoscópico mediante CPRE, que no fue técnicamente posible. Planteamos Rendez-Vous, pero falleció antes del mismo, e incluso del diagnóstico histológico.

ENDOSCOPIA: El área ampular estaba modificada por una masa ulcerada[1] que estenosaba la luz y que se entendía proximal y distalmente a la papila, la cual quedaba englobada dificultando su adecuado enfrentamiento. A pesar de localizar el orificio y canularlo con esfinterotomo sobre guía, no se consiguió acceso al conducto biliar. Se biopsió la masa cuya histología fue de infiltración por carcinoma de células grandes de origen pulmonar, al igual que las PAAF ecográficas.

COMENTARIOS: Las metástasis pancreáticas de origen pulmonar son poco frecuentes en la práctica clínica, aunque la prevalencia en series postmortem varía del 20-40%, siendo el subtipo microcítico el más reportado. El diagnóstico suele ser tardío, con lo que las posibilidades terapéuticas son escasas. En ocasiones mejora el pronóstico drenando la vía biliar por CPRE y utilizando quimioterapia posteriormente.

Figura 1.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

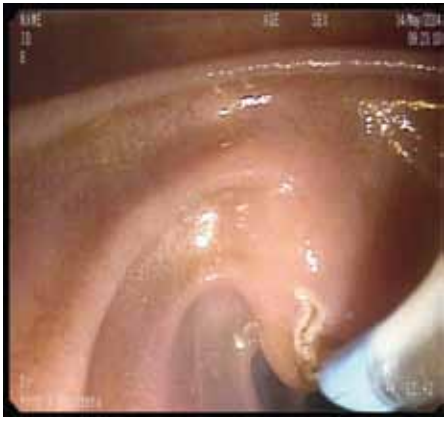
P-179

A. LUMBRICOIDE COMO CAUSA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Quezada Pacheco, Roberto Henry; Pellicer Bautista, Francisco; Romero Castro, Rafael; Caunedo Álvarez, Ángel; Herrerias, José Manuel
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: El *Áscaris lumbricoides es el helminto más común* en el tracto gastrointestinal humano. La mayor parte de ascariasis sigue un curso benigno y asintomático, sin embargo los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares o pancreáticos y causar obstrucción con desarrollo de colecistitis, colangitis, pancreatitis, pileflebitis y abscesos hepáticos.

ENDOSCOPIA: Presentamos un caso de una niña de 5 años de edad que acude por dolor abdominal, ictericia, coluria. En pruebas complementarias se observa BT3.92 BD3.23 GGT390 FA 421. Eco de Abdomen Dilatación de vía biliar intra-extrahepática de carácter obstructivo el colédoco intrapancreático objetivándose en su luz una imagen hipercogénica alargada inmóvil que podría corresponder a áscaris o sus restos. Se realiza CPRE donde se observa una papila mayor por la que sale bilis negra se realiza precorte con esfinterotomo needle-Knife, pudiéndose acceder posteriormente al colédoco que muestra algunos defectos de repleción. Se amplía la esfinterotomía biliar y se pasa balón de fogarty, saliendo abundante barro y concreciones milimétricas que pueden corresponder a microcalculos o a los parásitos destruidos.



COMENTARIOS: La colangiopancreatografía es el estudio que debe realizarse cuando se sospecha una complicación, deterioro clínico o cuando el tratamiento médico falla en la eliminación espontánea de los helmintos (una semana después del inicio del fármaco) debe ser efectuada tan pronto como sea posible en un intento por drenar la vía biliar de parásitos y sus desechos. Paciente a los 5 días del procedimiento es dada de alta asintomática sin dolor abdominal, afebril, con normalización de enzimas colestasis.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-180

UN USO POCO FRECUENTE DE LA COAGULACIÓN CON ARGÓN: EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE

Piñero Pérez, María Concepción; Álvarez Delgado, Alberto; Prieto Vicente, Vanessa; Umaña Mejía, Josué; González Santiago, Jesús; Geijo Martínez, Fernando; Rodríguez Pérez, Antonio
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

INTRODUCCIÓN: La retirada de prótesis metálicas autoexpandibles puede suponer un reto para el endoscopista en casos de migración, malposición o crecimiento de tejido de granulación entre la red metálica de las prótesis parcialmente o totalmente recubiertas.. Presentamos el caso en el que se necesitó el uso de argón plasma para facilitar la retirada de un stent esofágico parcialmente recubierto.

Paciente de 63 años intervenido de carcinoma epidermoide de esófago, con dehiscencia de sutura de la anastomosis esófago-yeyunal. Se colocó una prótesis totalmente recubierta con buena respuesta inicial, pero con migración de la misma 10 días después, por lo que se colocó una prótesis parcialmente recubierta, extrayendo la previa. Un mes y medio después se intenta retirarla, sin embargo, el crecimiento de tejido de granulación en la parte no recubierta impide el procedimiento, por lo que se decide colocar prótesis totalmente recibierta por encima de la misma con fin de necrosar dicho tejido.

Finalmente, dos meses después de su implantación, se consigue retirada de la prótesis parcialmente recubierta empleando coagulación con argón.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: En el vídeo podemos observar cómo se corta el metal de la prótesis por su parte no recubierta utilizando sonda de argón. Posteriormente se retira la prótesis por tracción sin complicaciones.

CONCLUSIONES: El uso de sondas de argón para facilitar la retirada de prótesis metálicas autoexpandibles no es frecuente, sin embargo, supone una técnica segura y eficaz, de acuerdo con lo expuesto en este caso y con los casos descritos en la bibliografía.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-181

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Merino Zubizarreta, Ainara; Calderón, Ángel; Bravo, María Teresa; De Eguia, Oihane; Peña, Gemma; Díaz, Ana Belén; Orive, Víctor Manuel
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: Varón de 68 años. Acude a nuestro servicio de endoscopia en agosto 2013 por disfagia. Se diagnostica una estenosis esofágica péptica (Anatomía patológica: sin evidencia de malignidad)**.** Fue sometido durante aproximadamente en un año a 4 dilataciones seriadas con balón neumático y colocación de 3 endoprótesis todo ello ineficaz. Tras la retirada de la última prótesis se colocó una gastrostomía para garantizar ingesta.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Dada la persistencia de la disfagia, acude para nueva dilatación (quinta), produciéndose un desgarro compatible con perforación que se confirma con radiología simple. Procedemos a colocar en el momento prótesis esofágica recubierta de 16cm valvulada con el fin de solucionar la complicación. La guía la pasamos a través de la PEG lo cual permite sujetarla externamente tutorizando la colocación, la cual se realiza bajo visión directa sin escopia. El paciente evoluciona favorablemente sin necesidad de cirugía. A los 6 días, tras realizar estudio esófago-gastroduodenal se descarta presencia de fugas y se introduce alimentación oral. La prótesis se retiró en un mes, sin que el paciente presentase ninguna complicación.

CONCLUSIONES: La perforación esofágica iatrogénica secundaria a dilatación esofágica se produce en un 1-5% de los procedimientos. Asocia una mortalidad del 20-80%, dependiendo del retraso en el diagnóstico de perforación esofágica y de la presencia de mediastinitis.

La intervención endoscópica temprana, en nuestro caso mediante la colocación de una prótesis recubierta puede evitar la intervención quirúrgica y su morbimortalidad asociada permitiendo una rápida y efectiva resolución del cuadro.

CPRE, PRÓTESIS, NOTES

P-182

DRENAJE DE SEUDOQUISTE PANCREÁTICO MEDIANTE QUISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

González Artacho, Cristina; Rosón Rodríguez, Pedro J; Cotta Rebollo, Judith; Fernández Cano, Francisco; Lozano Lanagrán, Marta; Martín Ocaña, Francisca; Melgarejo Cordero, Francisco; Pérez Aisa, Ángeles C; Toscano Castilla, Elena
Hospital Quirón Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN: El seudoquiste de páncreas (SP) es la lesión quística pancreática más frecuente. Se presenta como complicación de pancreatitis aguda, crónica o postraumática. El drenaje endoscópico guiado por ecoendoscopia se ha demostrado que es una técnica segura y eficaz.

CASO: Paciente de 33 años con antecedentes de pancreatitis aguda grave secundaria a hipertrigliceridemia fracaso multiorgánico y múltiples intervenciones abdominales secundarios, tres años atras. Ingresa por dolor abdominal y vómitos de 72 horas de evolución detectándose en TAC abdominal una colección hipodensa adyacente a la curvatura mayor gástrica, de 10x9.6cm axial x13cm cráneo-caudal (Imagen1); comprobándose impronta del mismo en cuerpo gástrico mediante gastroscopia. Ante la persistencia de la clínica y la imposibilidad de tolerancia oral se realiza ecoendoscopia que confirma SP, realizándose drenaje.

ENDOSCOPIA: ***Quistogastronomía endoscópica guiada por ecoendoscopia***: Localizada la lesión, se selecciona punto de punción (Imagen2). Se punciona con aguja de 19G y se extrae contenido para cultivo y estudio bioquímico. Posteriormente ostomía y dilatación hasta 12 mm e introducción de dos stents doble pigtail de 5cm, 10 Fr (Imagen3), comprobando normal posicionamiento.

En TC de control pasados cinco días se observa práctica resolución del SP (2.5x2.5cm) (Imagen4) y el paciente permanece asintomático hasta la actualidad.

COMENTARIOS:

- La conducta inicial ante un SP es expectante, aunque es necesaria la intervención terapéutica en todos aquellos casos complicados y/o sintomáticos.
- El drenaje endoscópico guiado por ecoendoscopia es la técnica de elección por haberse demostrado que es una técnica segura, eficaz y que mejora la calidad de vida del paciente.

ECOENDOSCOPIA

P-183

HIPERAMILASEMIA ASINTOMÁTICA: ¿UN LOBO CON PIEL DE CORDERO?

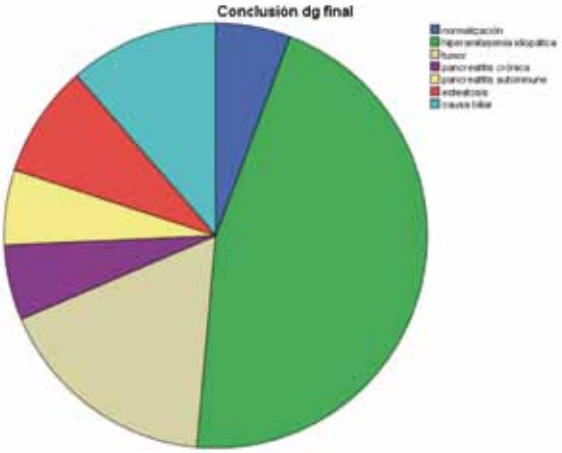
Klimova, Katerina; Merino Rodríguez, Beatriz; González Asanza, Cecilia; Nogales Rincón, Oscar; García Lledó, Javier; Menchén Fernández-Pacheco, Pedro
Hospital General Gregorio Marañon, Madrid

INTRODUCCIÓN: La elevaciones por debajo de tres veces lo normal de amilasa son inespecíficas. Se desconoce, frecuentemente, su causa. Ha sido un hallazgo casual al que no se le ha dado relevancia clínica.

OBJETIVO: El objetivo es describir los hallazgos encontrados en pacientes asintomáticos con hiperamilasemia inespecífica mediante ultrasonografía endoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo realizado en un centro terciario, con revisión sistemática y consecutiva de las historias clínicas de todos los pacientes a los que se les realizó una ultrasonografía endoscópica por el motivo de hiperamilasemia asintomática, en el periodo entre enero 2010 y diciembre 2013.

RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes, 12 varones, con edad media de 52,14 (±14,2) años. Todos presentaron hiperamilasemia pancreática de duración media de 384,5 (± 454,5) días, y 4 pacientes (11,4%) además hiperlipasemia. Comorbilidad relevante, 8 pacientes (21,1%) tenían hipertensión arterial, 6 (15,8%) diabetes mellitus, 5 (13,2%) insuficiencia renal crónica con creatinina media de 1,27 (±0,5), y otros 5 fumadores, no se describió consumo enólico. Se observó patología en 17 pacientes (48,6%): en 6 (17,2%) se hallaron lesiones neoplásicas o preneoplásicas pancreáticas, en 2 (5,7%) datos compatibles con pancreatitis crónica, en otros 2 con pancreatitis autoinmune, en 3 (8,6%) esteatosis pancreática y en 4 casos (11,4%) los cambios analíticos se justificaron por patología biliar. En 2 pacientes, el análisis se normalizó, y en 16 (45,7%) se clasificó como hiperamilasemia pancreática crónica, idiopática. No se observaron diferencias significativas entre los 2 grupos de pacientes en ningúna de las variables analizadas.



CONCLUSIONES: Tras la ecoendoscopia digestiva se patología en 48,6% de los casos, en un 40% significativa, por lo que la hiperamilasemia debe ser considera marcador de patología hiperamilasemia debe ser considera marcador de patología pancreática y justifica la realización de ecoendoscopia precoz pancreática.

ECOENDOSCOPIA

P-184

EFICACIA A LARGO PLAZO DEL DRENAJE DE COLECCIONES LÍQUIDAS PANCREÁTICAS CON PRÓTESIS PLÁSTICAS ¿ES NECESARIO EL METAL?

Redondo-Cerezo, Eduardo; Martínez-Cara, Juan Gabriel; López-González, Elisabet; García-Marin, María Del Carmen; Ariza, José Luis; Ubeda, Margarita; López De Hierro, Mercedes; De Teresa, Javier

Unidad De Endoscopia Digestiva. Servicio De Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN: La fenestración por vía endoscópica de grandes pseudoquistes pancreáticos al tubo digestivo es el actual tratamiento de elección cuando es posible realizarlo.

OBJETIVO: Analizar el resultado de una serie de 29 pacientes realizados en nuestra unidad desde Junio de 2009 hasta Junio de 2014.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos 30 procedimientos en 23 varones y 6 mujeres, con edad media de 60 años. El diámetro medio de los pseudoquistes era de 20 cm (12-27 cm). El procedimiento se inició mediante ecoendoscopia lineal, tratando de localizar un área avascular de la pared gástrica en contacto con el pseudoquiste. A través de aguja de 19G se pasó guía de 0,35". La dilatación de la fístula requirió el empleo de un cistotomo en 1 sólo paciente. En el resto fue suficiente con un balón de dilatación biliar (Titan®; Cook Medical) Posteriormente se insertaron entre 1 y 4 prótesis plásticas tipo pig-tail de 10Fr.

RESULTADOS: Se consiguió un drenaje adecuado en el 100%. En un caso repetimos el procedimiento por obstrucción de la fístula, retirando las prótesis obstruidas, redilatando el tracto e insertando otras nuevas. Como única complicación grave cabe destacar una hemorragia en el caso en el que se empleó el esfinterotomo de aguja, que se resolvió con un clip hemostático. En dos pacientes se produjo fiebre en la semana siguiente al procedimiento resuelta con antibioterapia intravenosa.

Retiramos los stents tras 9-12 meses de su inserción (3 aún no han cumplido el período). En ninguno se ha producido recurrencia de la colección durante el seguimiento tras la retirada (rango12-48 meses).

CONCLUSIONES: El empleo de stents plásticos en la cistogastrostomía de pseudoquistes pancreáticos ofrece resultados excelentes a largo plazo. La persistencia de la fístula durante un año permite que ésta se perpetúe y que no recurran, opción difícilmente aplicable con los nuevos stents metálicos.

ECOENDOSCOPIA

P-185

UTILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA (USE-PAAF) EN LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE) DE PÁNCREAS

Alonso Lázaro, Noelia; Argüello Viúdez, Lidia; Reolid Escribano, María; Ponce Romero, Marta; Bustamante-Balén, Marco; Pons Beltrán, Vicente
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN: Utilidad de la punción aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (USE-PAAF) en los tumores neuroendocrinos (TNE) de pancreas.

OBJETIVO: Valorar la precisión diagnóstica de la USE-PAAF en los TNE de páncreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes a los que se les ha realizado una USE-PAAF por sospecha clínica o radiológica de TNE de páncreas.

RESULTADOS: Desde enero de 2002 hasta junio de 2014 se han realizado 1578 ecoendoscopias (USE), de ellas, 59 (4%) por sospecha de TNE, realizándose PAAF en 23.

Se han analizado 23 pacientes (43.5% hombres), con una edad media de 55 (28-77) años.

La indicación de la USE en estos 23 pacientes fue por antecedentes de MEN 1 en un 30,4%, por hallazgo casual de técnicas de imagen realizadas por otro motivo en un 30,4% y por sospecha de tumor funcionante en un 22%.

Previo a la USE, todos los pacientes tenían una prueba de imagen, 3 Resonancia Magnética y 20 Tomografía Computarizada (TC). La TC visualizó tumor en un 74%. La USE detectó más número de lesiones por paciente que la TC en un 9% de los casos.

La localización de las lesiones fue: 57% en el cuerpo del páncreas, 29% en la cabeza, 5% en la cola y 5% varias lesiones en todo el páncreas. El 85% de las lesiones eran sólidas y sólo 10% quísticas o mixtas.

El diagnóstico con USE-PAAF fue TNE en 22/23, con inmunohistoquimia positiva en 21/23, y negativo para tumor en 1/23 (adenopatía) No se registraron complicaciones ni de la USE ni de la PAAF.

Se intervinieron 18/22 (78%). El estudio anatomopatologico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico en todos los casos.

CONCLUSIONES: La USE es útil en la detección y localización de los TNE, permitiendo la confirmación diagnóstica por citología e inmunohistoquimia.

ECOENDOSCOPIA

P-186

OBTENCIÓN DEL ÍNDICE KI-67 EN TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS MEDIANTE USE-PAAF CON AGUJAS FINAS: 22 Y 25 G

Salord, Silvia; Gornals, Joan B; Català, Isabel; Peláez, Núria; Baixeras, Núria; Consiglieri, Claudia; Llatjós, Roger; Serrano, Teresa; Busquets, Juli; Fabregat, Joan
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet, Barcelona

INTRODUCCIÓN: El Ki-67 es un factor pronóstico en los tumores pancreáticos neuroendocrinos (TPNE), necesario para determinar su grado de malignidad. Su estudio prequirúrgico comporta un impacto clínico significativo. La obtención del Ki-67 mediante USE-PAAF aún no está aclarada.

OBJETIVO: Evaluar el rendimiento de la USE-PAAF con agujas 22 y 25G en el diagnóstico con inmunocitoquímica (IC) y determinación del índice de proliferación Ki-67 en pacientes con sospecha de TPNE.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de base de datos con inclusión prospectiva. Periodo entre 05/08 y 06/14. Presencia de citopatólogo en la sala en todos los procedimientos realizados. Aspiración con presión negativa a 5-10mL. Variables revisadas: datos demográficos, pruebas de imagen, imagen USE, complicaciones, estudio citológico, anatomopatológico y evolución posterior.

RESULTADOS: Se han revisado un total de 23 pacientes (74%H;26%M) con una edad media de 62,6±11,15 años (41-82). Localización de los TPNE: 61% cabeza, 22% cuerpo y 17% cola pancreática. El tamaño medio de las lesiones: 19,6±12,5mm (rango:8-61). Tumores no funcionantes: 82%. Respecto a las agujas finas utilizadas: 22G (87%) y 25G (13%). Número de pases medio: 2,35±1,07 (rango:1-4). No complicaciones mayores relacionadas con la técnica. Obtención de un diagnóstico definitivo de TPNE con marcadores de IC (sinaptofisina y cromogranina) positivos en un 77%; y del índice Ki-67 en el 73% de los casos (100% si >15mm; 88% si >12mm). En los casos fallidos (1 procedimiento/caso) en determinar el Ki-67, el tamaño medio fue 10,6mm(8-14). En 8 casos intervenidos se determinó el Ki-67 histológico de la pieza quirúrgica. De momento, la correlación con el Ki-67 citológico es del 50%, (2 casos G1àG2; 1 caso G2à G1); dos casos aún pendientes.

CONCLUSIONES: El rendimiento diagnóstico de determinar el índice de proliferación Ki-67 mediante USE-PAAF con agujas 22 y 25 G es elevado en TPNE >12mm, y disminuye en lesiones de menor tamaño

ECOENDOSCOPIA

P-187

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE ECOENDOSCOPIA Y CPRE CUANDO EXISTE DILATACIÓN DE VÍAS BILIARES

Jaramillo Ruiz, Vanessa; Romero Castro, Rafael; Romero Vázquez, Javier; Pellicer Bautista, Francisco; Caunedo Álvarez, Ángel; Herrerías Gutiérrez, Juan Manuel
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La dilatación de vías biliares es un hallazgo frecuente en pacientes con colestasis, aunque no siempre se evidencia su causa por las técnicas de imagen convencionales (TAC/RMN).

OBJETIVO: Determinar el rendimiento diagnóstico de la ecoendoscopia y CPRE secuenciales cuando existe dilatación de vías biliares.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron las historias clínicas (hallazgos de pruebas, complicaciones y diagnóstico final) de pacientes con dilatación de vía biliar intra y/o extrahepática en TAC/RMN, a quienes se solicitó USE y CPRE del 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. Los pacientes con datos incompletos fueron excluidos.

RESULTADOS: Se incluyeron 31 pacientes. En 17 (55%) se determinó la causa de dilatación con TAC/RMN y en 14 (45%), no. De estos 14, en 12 (86%) se llegó al diagnóstico con USE-CPRE. De los 31 pacientes, en 28 (90%) se determinó la causa de la obstrucción con USE-CPRE, no siendo posible en 3 casos (10%); en dos no se diagnosticó la causa con TAC/RMN ni con USE-CPRE, y en el tercero se observó una neoplasia que que no se confirmó con USE-CPRE. Se diagnosticaron 4 complicaciones (13%), 3 pacientes presentaron papilorragia leve que se controló con técnicas hemostáticas y uno, pancreatitis.

Tabla 1: hallazgos de pruebas de imagen y endoscópicas, y terapéutica.

Causa	TAC/RMN	USE-CPRE	PAAF diagnóstica	Prótesis
Neoplasia pancreática	14	19	13***	9
Colédocolitasis	2	3	-	1
Pancreatitis crónica	1	2	-	2
Lesión pancreática indeterminada	3*	2**	-	1
Papilitis	-	2	-	
Causa no objetivada	11	3	-	

* 2, neoplasias con confirmación histológica; 1, pancreatitis crónica. ** PAAF negativa, 1 se consideró maligna; 1, pancreatitis aguda. *** 7, carcinoma; 6, adenocarcinoma.

CONCLUSIONES: La USE y CPRE tienen un alto rendimiento diagnóstico-terapéutico cuando existe dilatación de vías biliares. Se registró una alta tasa de complicaciones pero éstas fueron leves.

ECOENDOSCOPIA

P-188

NEOPLASIAS PANCREÁTICAS METASTÁSTICAS: DIAGNÓSTICO MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Martínez Ares, David; Romero Mosquera, Beatriz; Álvarez Martín, María Jesús; San Millán Tejado, Beatriz; Cid Gómez, Lucía; Martín-Granizo Barrenechea, Ignacio; Rodríguez, José Ignacio; Feteira, Esperanza; Antúnez Yáñez, Ángela; Pérez Lamelas, María Isabel; Bargiela González, Silvia

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo

INTRODUCCIÓN: Las metástasis pancreáticas representan formas poco habituales de neoplasias malignas pancreáticas, siendo las más habituales las metástasis de carcinoma de células renales y de pulmón. El carcinoma medular de tiroides, los procesos linfoproliperativos y otras neoplasias son otras causas más raras de metástasis pancreáticas.

OBJETIVO: Evaluar la frecuencia, etiología y aspectos diagnósticos de las neoplasias metastásicas pancreáticas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisan todas las PAAF guiadas por ecoendoscopia de masas pancreáticas realizadas en nuestro servicio en el período comprendido entre enero de 2013 y junio de 2014. Se revisan los diagnósticos citológicos de los mismos y se realiza estadística **descriptiva de los casos con diagnóstico de tumores metastásicos pancreáticos.**

RESULTADOS: En este periodo se realizaron 120 punciones guiadas por ecoendoscopia para el diagnóstico de masas pancreáticas. En 112 (93,3%) el diagnóstico fue de malignidad y, entre ellas, se incluyen 9 casos (8,03% de tumores metastásicos pancreáticos). El diagnóstico final fue en 5 casos (55,5%) (ver tabla). En un único caso de metástasis de carcinoma renal, la pancreática era la única lesión existente, por lo que se sometió al paciente a una duodenopancreatectomía cefálica. Las punciones de las metástasis de carcinomas renales resultan marcadamente hemáticas, a pesar de usar aguja fina de 25G, requiriendo un mayor número de pases que en el resto de los casos. El estudio con contraste muestra que las metástasis renales y cáncer de tiroides suelen ser lesiones hipervasculares. Finalmente, la punción guiada por ecoendoscopia, apoyada en la valoración in situ de la muestra obtenida por el citopatólogo, resultó diagnóstica en todos los casos.

CONCLUSIONES: Las lesiones metástasicas pancreáticas son tumores malignos pancreáticos poco frecuentes. El tumor primario suele encontrarse mayoritariamente en el riñón, y puede tratarse de un tumor tratado incluso décadas antes. La ecoendoscopia y la PAAF ecoguiada suelen ser útiles en el diagnóstico.

ECOENDOSCOPIA

P-189

INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA EN EL RENDIENTO DIAGNÓSTICO DE LA USE-PAAF CON Y SIN PRESENCIA DE PATÓLOGO EN LA SALA

Quesada Vázquez, Noé; Aparicio, José Ramón; Martínez, Belén; Martínez, Juan; Ruiz, Francisco; Compañy, Luis; Cabezas, Antonio; Casellas, Juan Antonio
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN: Uno de los factores que se han mostrado eficaz a la hora de mejorar el rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF es la presencia de un patólogo en la sala. Se desconoce si este beneficio se mantiene una vez que se ha adquirido experiencia con la técnica.

OBJETIVOS: Evaluar el efecto de la experiencia en el rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en lesiones sólidas pancreáticas con y sin patólogo en la sala.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo del rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en lesiones sólidas pancreáticas y la influencia de la presencia de patólogo en la sala en relación a la experiencia con la técnica.

RESULTADOS: Entre enero de 2007 y mayo 2014 se han realizado 379 USE-PAAF en pacientes con lesiones sólidas pancreáticas de las cuales se han incluido 375. El 64.3% eran hombres y la edad media (SD) de los pacientes fue de 62.8 (12.7) años. Las lesiones fueron: malignas 298 (79.5%) casos (Adenocarcinoma 253, neuroendocrinos 26, otros 19) y benignas en 77 (20.5%). El patólogo estuvo presente en 162 (43.2%) de los casos. El rendimiento diagnóstico global de la USE-PAAF fue del 89.3%. En presencia de patólogo el rendimiento diagnóstico fue significativamente mayor: 93.8% vs 85.95%, p=0.014. Sin embargo, durante los primeros años el rendimiento diagnóstico era significativamente superior en presencia de patólogo: 92.6% vs 80%, p=0.014, mientras que en los últimos años, las diferencias no eran significativas: 97.5% vs 88%, p = 0.074.

CONCLUSIONES: Se observa un incremento del rendimiento diagnóstico de la USE-PAAF en lesiones sólidas pancreáticas con la experiencia tanto del patólogo como del endoscopista. No obstante, la presencia del patólogo durante la realización de la USE-PAAF sigue siendo necesaria para mantener un rendimiento diagnóstico superior al 90%.

ECOENDOSCOPIA

P-190

FLUOROSCOPIA VS NO FLUROSCOPIA EN EL DRENAJE TRANSMURAL GUIADO POR USE DE COLECCIONES ABDOMINALES

Consiglieri, Claudia F; Gornals, Joan B; Salord, Silvia; De La Hera, Meritxell; Sánchez Salido, Lia-Tamar; García-Recio, Encarna; Busquets, Juli; Pelaez, Nuria; Sanzol, Resureccion; Fabregat, Joan

Hospital Universitari De Bellvitge-Idibell, L'Hospitalet Barcelona

INTRODUCCIÓN: Habitualmente se ha utilizado fluoroscopia durante la práctica de drenajes transmurales guiados por USE, aunque con la mejoría y conocimiento de la técnica junto a la innovación de los utensilios, recientemente se han descrito experiencias sin la ayuda de fluoroscopia.

OBJETIVO: Evaluar el éxito técnico y terapéutico del drenaje transmural con y sin utilización de fluoroscopia (FL vs NFL).

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión descriptiva, comparativa y retrospectiva en el que se evaluaron los pacientes con colecciones abdominales tratados con drenaje transmural guiado por USE, con y sin utilización de FL. Periodo de Enero 2013- Julio 2014. Técnica de drenaje: acceso con aguja 19 Gauges; creación de ostomía (guía 0,035-inch; cistotomo; +/-balón dilatador), colocación de prótesis (metálica +/- 1pigtail coaxial vs plásticas pigtail). Parámetros evaluados: duración del procedimiento, éxito técnico/clínico y complicaciones. El uso de la fluoroscopia, fue no estandarizado, en función de su disponibilidad.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se evaluaron 17 pacientes (13H/4M; 53,5 ± 21,5 años). Tipo de colecciones: pseudoquiste (n=6); necrosis encapsuladas(n=11); post-cirugía (n=1). Tamaño medio: 10 ± 7 cm. Infección (n=7). Localización: cabeza (n=1), cuerpo (n=13), cola (n=4). No drenaje previo por otras técnicas. Abordaje: transgástrico (n=18) y transduodenal (n=1). Prótesis utilizadas: 11 en grupo FL (9 metálicas, 2 plásticas); 12 grupo NFL (8 metálicas, 4 plásticas). Éxito técnico igual entre FL vs NFL (100%). Éxito clínico 89 vs 100% (FL vs NFL). Duración procedimiento: 40 vs 42,5 min (FL vs NFL). No incidencias mayores durante los procedimientos en ambos grupos. Complicaciones >7 días: 3HDA, 1 obstrucción stent (FL) vs. 1migración, 1 obstrucción stent (NFL).

CONCLUSIONES: La realización de drenajes transmurales guiados por USE sin la ayuda de FL es factible, sin comportar más fallos técnicos durante los pasos del procedimiento y de una forma segura, según nuestra experiencia.

ECOENDOSCOPIA

P-191

LINFANGIOMA QUÍSTICO DIAGNOSTICADO EN PACIENTE ADULTO CON PANCREATITIS AGUDA. DIAGNÓSTICO MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Legaz, María Luisa; Romero, Esperanza; Roncero, Oscar; Pérez, Francisco; González, Pedro; Tébar, Emilia; Bernardos, Esther; Sánchez-Manjavacas, Natividad; Aoufi, Samuel; Navarro, María Del Carmen; Tejero, María Ángeles.
Hospital General Mancha Centro, Alcázar De San Juan

INTRODUCCIÓN: El linfangioma quístico es un raro tumor benigno mas frecuente en niños, localizado generalmente en cuello y axila.

El origen abdominal es excepcional y generalmente se diagnostica de forma casual en pruebas de imagen.

ENDOSCOPIA: Varón de 60 años ingresa por pancreatitis aguda biliar mostrando la ecografía y TC abdominal, lesión quística de 2,5 cm de diámetro situada por delante de los vasos mesentericos de carácter indeterminado que pudiera corresponder a pseudoquiste. **Ecoendoscopia** microlitiasis vesicular,via biliar normal y páncreas sin signos ecográficos sugestivos de pancreatitis crónica: Lesion quística, bien delimitada de 2,5 cm de diámetro uniloculada con pared fina sin iregularidades y sin contenido interno situada por delante de los vasos mesentericos, caudal a cuerpo de páncreas.

PAAF transgástrica guiada por ecoendoscopia del quiste hasta conseguir su colapso completo obteniendo 10 cc de líquido lechoso. En la bioquímica del aspirado, destacaba la elevación de triglicéridos (6818mg/dl) con cifras de amilasa y CEA normales.y en la citología sobre fondo proteináceo-lechoso algún grupo de celulas linfoides sin atipias, orientándose como linfangioma quístico.

Tras constatar recidiva de la lesión en RM, de seguimiento, se decidió exéresis de la misma confirmando el diagnóstico.

COMENTARIOS: El pseudoquiste pancreático es una complicación frecuente de las pancreatitis, habiéndose descrito también en localizaciones extra-pancreáticas. No toda lesión quistica en paciente con pancreatitis corresponde a pseudoquiste. La ultrasonografia endoscopica y PAAF guiada por ecoendoscopia puede permitir establecer el diagnóstico de forma poco invasiva.

ECOENDOSCOPIA

P-192

RECIDIVA RECTAL DE LINFOMA MALT PAROTIDEO: DIAGNÓSTICO MEDIANTE PAAF GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

Legaz, María Luisa; Tébar, Emilia; Roncero, Oscar; González, Pedro; Pérez, Francisco; Romero, Esperanza; Sánchez-Manjavacas, Natividad; Aoufi, Samuel; Navarro, Mª Del Carmen; Bernardos, Esther; Peña, Patricia
Hospital General Mancha Centro, Alcázar De San Juan

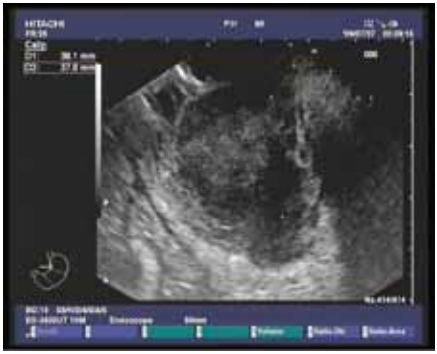
INTRODUCCIÓN: Varón de 80 años diagnosticado 5 años antes de linfoma MALT parotideo tratado con radioterapia con recidiva periorbitaria bilateral 4 años después. En TC de seguimiento se objetiva imagen nodular en pared rectal de aspecto sólido de 4 cm de diámetro.

ENDOSCOPIA: La ecoendoscopia evidencia de 5 a 10 cm de margen anal en cara posterolateral izquierda de pared rectal lesión intraparietal de 45 mm de diámetro mayor hipoecogenica y heterogenea con áreas hiperecogénicas irregulares localizada en la submucosa sugirendo recidiva linfomatosa.

Se realiza PAAF con aguja de citología de 22 G guiada por ecoendoscopia, observando abundantes linfocitos de talla pequeña El estudio inmunohistoquímico mostró intensa inmunoreactividad para, CD-20 y en menor proporción para CD3 siendo sugestivo de infiltración por trastorno linfoproliferativo.

COMENTARIOS: Los linfomas de glándulas salivales son poco frecuentes. La localización más habitual es la parótida siendo la mayoría linfomas tipo MALT.Presentan mayor riesgo de recurrencias que los linfomas gastrointestinales, no habiendo encontrado en la literatura revisada casos de recurencias rectal.

En nuestro caso se presentó como una lesion subepitelial y la PAAF transrectal guiada por ecoendoscopia permitió de forma poco invasiva, el diagnóstico morfológico, e inmunohistoquímico.



ECOENDOSCOPIA

P-193

DIAGNÓSTICO POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA CON CONTRASTE (USE-C) Y PUNCIÓN (USE-PAAF) DE UNA LESIÓN SÓLIDA PANCREÁTICA (LSP)

Garrido Gallego, Francisco; Pérez Carreras, Mercedes; Romero Romero, Esteban; Alberti, Nuria; Díaz Tasende, José Benjamín; Rodríguez Muñoz, Sarbelio; Castellano, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN: La neoplasia pseudopapilar pancreática (NSPP) es un tumor raro que en las pruebas de imagen aparece como una lesión pancreática mixta, con áreas sólidas, que realzan con contraste, y otras quísticas. Aunque la TAC y la RM pueden establecer el diagnóstico de sospecha, la USE-PAAF ofrece el diagnóstico preoperatorio definitivo. Presentamos el caso de una paciente de 18 años con una LSP en la que la USE-C y la USE-PAAF establecieron el diagnóstico y permitieron un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo.

ENDOSCOPIA: En la USE se observó una LSP de 5 x 3cm en el cuerpo distal que presentaba realce arterial homogéneo al administrar contraste (vídeo1). Con la USE-PAAF se obtuvo el diagnóstico citológico e inmunohistoquímico de NSPP (vídeo 2).

COMENTARIOS: La USE-PAAF es una técnica segura y poco invasiva, que permite: 1. Confirmar el diagnóstico de NSPP, especialmente en los casos atípicos sin componente quístico, como el nuestro, en los que es obligado descartar otras causas de LSP; 2. Establecer un protocolo quirúrgico dirigido y poco invasivo. En nuestro caso, la paciente fue sometida a una pancreatectomía corporocaudal laparoscópica con preservación esplénica, con buena evolución. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica corroboró el diagnóstico de NSPP.

ECOENDOSCOPIA

P-194

DRENAJE DE ABSCESO MEDIASTÍNICO GUIADO POR ECOENDOSCOPIA

Sanchiz, Vicente; Moreno, Oswaldo; García, Natalia; Ceron, José; Gálvez, Consuelo; Peña, Andrés
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN: La ecoendoscópia ha evolucionado rápidamente en los últimos años, pasando de una técnica diagnóstica a una herramienta terapéutica alterna las a técnicas quirúrgicas y radiológicas. Debido a la alta morbimortalidad (25 – 41%) de los pacientes con absceso mediastínico, tradicionalmente van a requerir tratamiento quirúrgico. La ecoendoscópia nos permite caracterizar estas lesiones, planteando una alternativa de drenaje segura y eficaz de las colecciones mediastínicas.

ENDOSCOPIA: Paciente mujer de 56 años con adenocarcinoma pulmonar intervenido mediante lobectomía inferior derecha, presenta 30 días postoperatorio, fiebre y deterioro del estado general. En la tomografía computada se observa colección paraesofágica inferior derecha supradiafragmatica, de 4 x 4 cms. Dado el riesgo quirúrgico, por la localización de la colección y las características de la paciente se decide drenar la colección guiado por ecoendoscópia. Se accede a la colección realizando la punción a través de la pared esofágica y se deja un drenaje tipo Pig-tail de plástico de 10 Fr x 5 cms de longitud. La paciente evolucionó satisfactoriamente con mejoría clínica y analítica inmediata con reducción significativa de la colección a los 10 días y resolución completa a los 40 días post-drenaje.

COMENTARIOS: A pesar no haber mucha evidencia, la ecoendoscópia podría ser una alternativa segura y eficaz para el drenaje transesofágico de colecciones mediastínicas, evitando la necesidad de tratamiento quirúrgico.

ECOENDOSCOPIA

P-195

DRENAJE GUIADO POR ECO-ENDOSCOPIA DE COLECCIÓN PANCREÁTICA INFECTADA COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA

Albines Fiestas, Gino Santiago; Fernández Molina, J; Lauret Braña, Ma E; Pérez Álvarez, G; Rodríguez Peláez, M; Fernández Velazquez, R; Palacios Galán, A; Zaballa, P; Suárez González, A; Herrero Rivas, J; Rodríguez García, M.
Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo

INTRODUCCIÓN: Pseudoquistes, abscesos o necrosis organizadas (WOPN) postinflamatorias suponen una complicación grave de la pancreatitis, tratable endoscópicamente con mejores resultados y menor morbimortalidad que la vía quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Mujer de 76 años con vesícula in situ, ingresada por diagnóstico de PA necrotizante complicada. Tras evolución tórpida se realiza TC: Colección en celda pancreática de 16 cm, efecto compresivo gástrico. Se decide drenaje guiado por USE. Con instrumento lineal (Pentax EG-3870UTK) se punciona desde cara anterior de cuerpo distal con aguja 19G, se dilata progresivamente sobre guía 0.035in (catéter de CPRE, + balón biliar) con posterior inserción de stent Wallflex biliar recubierto 10x40 mm. Se introduce a su través doble pigtail de 10Fx10 cm como anclaje. Se observa salir material de alta densidad. A los 14 días por migración intragástrica del stent metálico se sustituye por doble pigtail 10F y catéter nasoquístico para lavados. Precisa de nuevo recambio de pigtail una vez ha disminuido la colección, realizando esfinterotomía en el mismo acto por coledocolitiasis. Tras 2 meses presenta mejoría clínica, analítica y tolera vía oral siendo dada de alta.

COMENTARIOS: El drenaje transluminal endoscópico (DTE) es una técnica mínimamente invasiva con menor estrés fisiológico en comparación con necrosectomía quirúrgico abierta. Este caso ilustra como un abordaje en varios pasos permite una limpieza final completa de una colección de alta densidad sin llegar a necrosectomía. La evidencia científica actual es favorable al abordaje DTE, con tasas de complicaciones de 2-21% y mortalidad del 0-6%, siendo el abordaje de elección.

ECOENDOSCOPIA

P-196

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A METÁSTASIS PANCREÁTICAS POR RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Jordán Castro, Junior Alexander; Repiso Ortega, Alejandro; Patón García Donas, Carmen; Díaz Crespo, Francisco; Calves Azabarte, Purificación; Muñoz López, Diego; Ruano Díaz, Lucia; Gómez Rodríguez, Rafael
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Estructura para Casos Endoscópicos.

INTRODUCCIÓN: El rabdomiosarcoma infantil, un tumor maligno de origen mesenquimatoso, es considerado el tumor de partes blandas más frecuente durante la infancia. El tipo histológico alveolar, determina una tasa de diseminación metastásica más alta. El desarrollo de metástasis en páncreas es algo muy poco frecuente, representando el 2% del total de los tumores pancreáticos.

ENDOSCOPIA: Se trata de una niña de 13 años con antecedente de adenopatías por rabdomiosarcoma alveolar, y remisión completa tras quimioterapia. Reingresa por ictericia, con colangioRMN compatible con masa en cabeza de páncreas, y dilatación de vía biliar secundaria, solicitando USE para PAAF, informando en USE Radial de lesión focal sólida en cabeza de páncreas de 3x2 cm, hipoecogénica y homogénea, sugestivo de metástasis; en USE sectorial se procede a punción, realizando un pase con A.P, compatible con rabdomiosarcoma alvelor. Se realiza CPRE con colocación de prótesis biliar plástica, con un adecuado drenaje. Posteriormente una duodenopancreatectomía, con informe de masa pancreática compatible con rabdomiosarcoma alveolar. Actualmente clínica estable.

COMENTARIOS: En la actualidad la ecoendoscopia ha demostrado un alto rendimiento diagnóstico en la detección de los tumores pancreáticos, describiendo a las de origen metastásicos como lesiones redondeada, de aspecto sólido, bien delimitada, homogénea, y que, respecto al parénquima pancreático subyacente, se suele mostrar hipoecoica. La punción por vía ecoendoscópica ha sustituido a la vía percutánea y ha permitido, de un modo menos invasivo, obtener un diagnóstico citológico con un mayor rendimiento diagnóstico.

ECOENDOSCOPIA

P-197

ALTERACIONES PANCREÁTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EIIC): PAPEL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE). ANÁLISIS PRELIMINAR DE 11 CASOS

Garrido Gallego, Francisco; Pérez, Mercedes; Díaz-Tasende, José Benjamín; Del Pozo, Andrés; Martínez Montiel, Pilar; Castellano, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Diversos estudios han encontrado una asociación entre la EIIC y manifestaciones pancreáticas como pancreatitis aguda, pancreatitis crónica (PC), cambios en el conducto de Wirsung, insuficiencia pancreática exocrina y presencia de autoanticuerpos antipancreáticos, sin haberse podido establecer hasta el momento actual si dichos cambios son un epifenómeno de la EIIC o una verdadera manifestación extraintestinal. La RM ha demostrado ser útil en el diagnóstico de enfermedad pancreática en estos pacientes, pero poco se conoce del papel que pueda tener la USE.

ENDOSCOPIA: Encontramos 11 pacientes con EIIC y alteraciones pancreáticas que habían sido incluidos de forma consecutiva en nuestra base de datos de USE (2011-2014). Encontramos: 1. Cambios de PC en 9/11 (81,8%); 2. Lesiones quísticas en 6/11 (54,5%): 2 cistoadenomas serosos (1 con confirmación en USE-PAAF), 2 NMPI y 2 seudoquistes (imágenes 1-12); 3. Cambios morfológicos del Wirsung en 9/11 (81.8%). Vídeo 1.

COMENTARIOS: La USE puede ser una herramienta útil en el diseño de un protocolo de investigación multicéntrico que incluya de forma prospectiva a un mayor número de pacientes con EIIC y alteraciones pancreáticas.

ECOENDOSCOPIA

P-198

ADENOMIOMA GÁSTRICO: UN TUMOR POCO FRECUENTE Y DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA

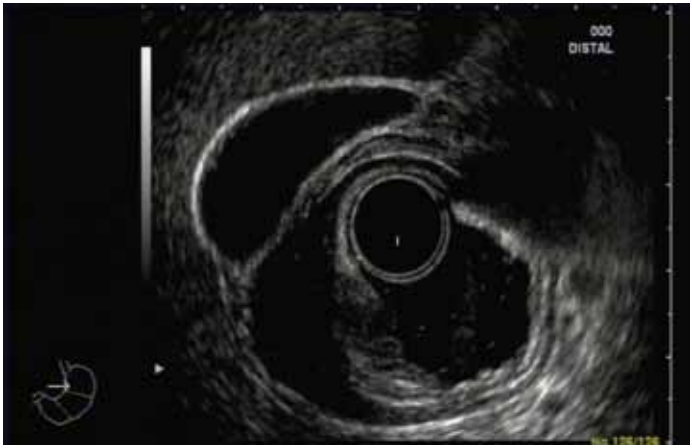
Moya Valverde, Eloisa [1]; Riesco López, José Mª [1]; Saiz-Pardo Sanz, Melchor [2]; González Alonso, Mª Rosario [1]; Díaz Sánchez, Antonio [1]; Manzano Fernández, Rebeca [1]; Rivero Fernández, Miguel [1]; Campos Cantero, Rocío [1]

[1] Hospital Universitario Del Sureste, Arganda Del Rey (Madrid); [2] Hospital Clínico San Carlos, Madrid

INTRODUCCIÓN: El adenomioma gástrico es un tumor benigno de origen hamartomatoso poco frecuente cuyo potencial de malignización es incierto. Su diagnóstico constituye un reto a pesar de las técnicas de imagen disponibles. La ecoendoscopia es útil para ayudar a su diagnóstico y establecer el abordaje terapéutico. Presentamos el caso de un varón de 40 años con dispepsia y pérdida de peso de un año de evolución.

ENDOSCOPIA: En la gastroscopia se observa, en cara anterior de antro, una lesión de aspecto submucoso de 30 mm de diámetro. Las biopsias gástricas no revelaron la naturaleza de dicha lesión, siendo la histología de gastritis crónica asociada a infección por Helicobacter pylori sin observarse restos de tejido pancreático ectópico. En ecoendoscopia se aprecia lesión hipoecoica con áreas anecoicas de 40 x 15 mm dependiente de la cuarta capa de la pared gástrica que respeta el resto de capas. Se realizó gastrectomía atípica con el siguiente resultado histológico: en la capa muscular, se identifican varias estructuras glandulares revestidas por epitelio columnar glandular con inmunohistoquímica CK7 + CK20 +, correspondiente a un adenomioma gástrico.

COMENTARIOS: El adenomioma gástrico es un tumor raro, que debe considerarse siempre dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones submucosas gástricas. A pesar de las técnicas de imagen disponibles su diagnóstico es difícil antes de su exéresis. La ecoendoscopia aporta información útil acerca de las características del tumor y de la localización en la pared gástrica, lo que permite seleccionar el abordaje óptimo en cada paciente (endoscópico o quirúrgico).



ECOENDOSCOPIA

P-199

GASTRINOMA. DIAGNÓSTICO MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Zugasti Gotchalk, Carlos Manuel; Cañete Pizarro, Fiorella Consuelo; Ballesté Peris, Belén; Papo Berger, Miguel; Portilla, Dustin; Abadia De Barbará Marin, Carme; Sopeña, Julia; Menacho Viladot, Margarita; Pardo Balteiro, Alberto; Montoliu Llopis, Silvia; Quer Boniquet, Joan Carles

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Zollinger Ellison es una rara entidad caracterizada por la existencia de un tumor productor de gastrina que provoca hipersecreción ácida y enfermedad ulcerosa grave. Describimos el caso de una paciente con Zollinger Ellison en la que el diagnóstico de gastrinoma se estableció mediante PAAF guiada por Ultrasonografía Endoscópica (USE).

CASO ENDOSCÓPICO: Mujer de 78 años que acudió a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos. La gastroscopia mostró una gran úlcera en bulbo duodenal y múltiples erosiones agudas en segunda y tercera porción duodenal. Se realizó TAC abdominal que evidenció un manifiesto engrosamiento de la pared de segunda porción duodenal. En analítica sanguínea destacaba una gastrinemia de 383 pmol/L. El octreoscan demostró la presencia de una tumoración peripancreática de unos 12 mm de diámetro consistente con tumor neuroendocrino. Se realizó una USE que localizó la lesión nodular peripancreática y se practicó PAAF transduodenal. La citología obtenida fue consistente con el diagnóstico de neoplasia neuroendocrina bien diferenciada (gastrinoma). La paciente fue tratada con dosis altas de IBP presentando franca mejoría clínica siendo dada de alta pendiente de valoración quirúrgica.

COMENTARIO: El síndrome de Zollinger Ellison es una entidad poco frecuente en el que la USE con PAAF se muestra como técnica útil que permite el diagnóstico de gastrinoma de forma poco invasiva.

ECOENDOSCOPIA

P-200

CONVERSIÓN DE DRENAJE PERCUTÁNEO DE VESÍCULA BILIAR EN DRENAJE INTERNO MEDIANTE INSERCIÓN GUIADA POR USE DE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL (PAL) CON INTRODUCTOR DIATÉRMICO

Peñas Herrero, Irene [1]; Busto Bea, Víctoria [1]; González Redondo, Guillermo [2]; Sánchez-Ocaña, Ramón [1]; Santos Santamarta, Fernando [1]; Amo Alonso, Rebeca [1]; Loza Vargas, Luz Andrea [1]; Vallecillo Sande, Mª Antonia [1]; De La Serna Higuera, Carlos [1]; Pérez-Miranda, Manuel [1]

[1] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [2] Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La eficacia y seguridad del drenaje de la vesícula biliar guiado por USE en la colecistitis aguda del paciente de alto riesgo son equiparables a las de la colecistostomía percutánea (Jang, Gastroenterology 2012; nivel evidencia Ib). Su disponibilidad, sin embargo, es mucho más limitada. La internalización electiva mediante USE de una colecistostomía percutánea urgente parece tener ventajas clínicas, técnicas y logísticas que valdría la pena explorar.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA: Paciente 85 años portadora de prótesis biliar metálica cubierta. Colecistitis aguda litiásica severa, con inestabilidad hemodinámica. Se drena percutáneamente la vesícula, mejorando el cuadro. Se realiza colecisto-duodenostomía con PAL formadora de anastomosis. La distensión de la vesícula mediante inyección por el drenaje percutáneo (DP) y el introductor diatérmico de la PAL, que permite la inserción en un paso, facilitan el procedimiento. Tras la liberación de la PAL se comprueba estanqueidad mediante inyección de azul de metileno con contraste por el DP. Un mes después, se retira la PAL electivamente. A través de la fístula colecistoduodenal madura, se extrae la colelitiasis profilácticamente, dejando una prótesis plástica pig-tail para mantener la fístula.

CONCLUSIONES: La colecistectomía electiva se desestima en el 40% de las colecistostomías urgentes en pacientes de alto riesgo, ocurren frecuentes recidivas sintomáticas. La internalización mediante USE podría evitarlas. Estas modificaciones facilitan y aseguran el procedimiento, al practicarse sobre paciente estables, vesículas distendidas con suero por el DP, mediante PAL de gran diámetro que permiten la extracción de la colelitiasis, con introductores diatérmicos que ahorran la dilatación del trayecto.

ECOENDOSCOPIA

P-201

QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL COMO CAUSA DE PANCREATITIS RECURRENTE DIAGNOSTICADA POR

Golmayo Flethes, Carmen; Higuera Fernández, María Isabel; Ganoza Paredes, Mónica; García Centeno, Pilar; Castellano López, Amelia; De Frutos Rosa, Diego; Kheiri Vázquez, Sandra; Gil Alcalde, Marta; Villafruela Cives, Mónica; González De Canales, Pilar; Poves Martínez, Elvira

Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcalá De Henares

INTRODUCCIÓN: El quiste de duplicación duodenal es una anomalía congénita muy infrecuente detectada generalmente durante la infancia.

Varón de 29 años que ingresa en nuestro Servicio con un tercer episodio de pancreatitis aguda de etiología no filiada.

ENDOSCOPIA:

TAC abdominal: masa quística de 47x25x23 mm en la porción horizontal duodenal, submucosa, que comprime la luz sin comunicación.

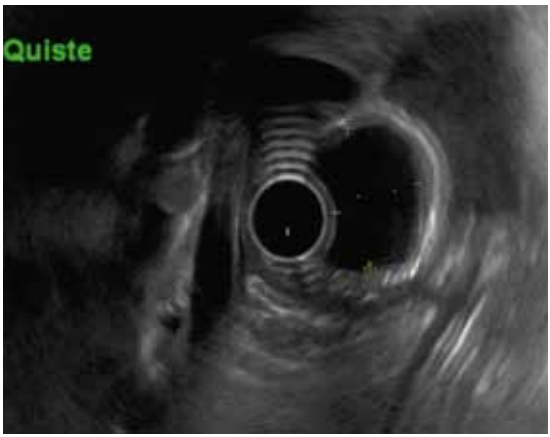
RMN abdominal: localizado en segunda/tercera porción duodenal, lesión quística de 3x2 cm no comunicada con la luz.

Gastroscopia: En segunda porción duodenal a nivel de la papila, extendiéndose distalmente 3cm, se visualiza mucosa elevada, blanda y elástica.

Ecoendoscopia: Imagen redondeada de 24x24 mm, anecoica, dependiente de pared duodenal con la que comparte la capa muscular sugestivo de quiste duplicación duodenal.

Cirugía: Duodenotomía y extirpación de tumoración duodenal.

AP: Quiste con doble recubrimiento por mucosa de intestino delgado y presencia de glándulas de Brunner. Compatible con quiste de duplicación duodenal.



COMENTARIOS: El quiste de duplicación duodenal es una causa rara de pancreatitis aguda (compresión o comunicación con el conducto pancreático) que no debemos olvidar en el diagnóstico diferencial de pacientes con pancreatitis de repetición no filiadas.

El tratamiento habitual es quirúrgico, aunque actualmente se están desarrollando técnicas terapéuticas por endoscopia.

ECOENDOSCOPIA

P-202

INSULINOMA DIAGNOSTICADO MEDIANTE ECOENDOSCOPIA CON PAAF

Martínez Pérez, Teresa De Jesús; Valiente González, Laura; Jiménez Martínez, Yolanda; Pérez García, José Ignacio; Gómez Ruiz, Carmen Julia; Martínez Fernández, Raquel; García-Cano Lizcano, Jesús; Morillas Ariño, Julia; Pérez Vigara, Gracia; Viñuelas Chicano, Mirian; Pérez Sola, Ángel
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

INTRODUCCIÓN: Mujer de 61 años, con mareos que mejoran con la ingesta. En la prueba de ayuno presenta glucemia basal 40 mg/dl, insulina en suero 15.6 uU/ml, proinsulina 9.3, péptido C 2,6 ng/ml y no se detectan anticuerpos antiinsulina ni niveles de antidiabéticos orales. Ante la sospecha de insulinoma, se realiza TAC abdominal que es normal. En el octreoscan no se observan depósitos con sobre-expresión de receptores para la somatostatina.

ECOENDOSCOPIA: En la citología las células presentan escaso citoplasma eosinófilo y núcleos pequeños, con formación de pseudorosetas (CK AE1/AE3 (+), CD 56 (+), NSE (-), Sinaptofisina (+), cromogranina (+ débil focal), CD 45 (-), S100 (-) y CD 138 (-)).

COMENTARIOS: El insulinoma es el tumor neuroendocrino funcionante más frecuente. Generalmente son solitarios (90%), benignos y menores de 2 cm. Dado su pequeño tamaño, el diagnóstico topográfico no siempre es posible. La ecografía, el TAC y la RMN presentan una sensibilidad en el diagnóstico preoperatorio que ronda el 50-60%. Menos del 50% de los casos expresan receptores para somatostatina, por lo que la gammagrafía con octreótido no será una prueba útil en muchos pacientes. La USE presenta una sensibilidad alrededor del 90% y especificidad del 98%, solo superada por la USE-PAAF (casi 100%). La asociación con los contrastes y la elastografía, han mejorado la eficacia.

ECOENDOSCOPIA

P-203

UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE LITIASIS RESIDUALES EN UN PACIENTE COLECISTECTOMIZADO

Garrido Gallego, Francisco; Pérez Carreras, Mercedes; Saenz López, Sonia; Sánchez, Fernando; Castellano, Gregorio
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

INTRODUCCIÓN: Las litiasis residuales (LR) tras colecistectomía suelen ser difíciles de identificar, incluso mediante pruebas de imagen como la colangio resonancia-magnética (CRM). Describimos el caso de un paciente de 25 años, colecistectomizado, que ingresa por dolor abdominal e ictericia. La ecografía abdominal y la CRM no identificaron alteraciones y se completó el estudio con una USE.

ENDOSCOPIA: Con la sonda lineal de ecoendoscopia, se identificaron al menos 4 imágenes hiperecogénicas, la mayor de 4 mm, móviles y con sombra acústica posterior, situadas en el remanente de la vesícula biliar, sin dilatación de la vía biliar ni otras alteraciones (VÍDEO 1). La CPRE fue fallida, y el paciente fue remitido a cirugía.

COMENTARIOS: La presencia de LR en el remanente de la vesícula o en el muñón del cístico es un reto diagnóstico. Se han comunicado casos de pacientes colecistectomizados en los que solo la USE determinó que eran la causa del cuadro clínico. En nuestro caso, la imagen endosonográfica demostró las LR y permitió planear el tratamiento quirúrgico. Es posible que la exploración minuciosa de este área durante la USE pueda ayudar al diagnóstico de LR en pacientes con cuadros clínicos biliares y antecedentes de colecistectomía.

ECOENDOSCOPIA

P-204

TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL (TPMI) ASOCIADO A ADENOMA DUODENAL

Varela, Andrés; Bosch, Orencio; Scaletti, Silvana; Correa, Lizbeth; Nuñez, Jorge; Vázquez, Paula; Martin, María Jesús; Porres, Juan Carlos
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

INTRODUCCIÓN: Los tumores papilares mucinosos intraductales (TPMI), en Inglés (IPMNs) constituyen el 10% de las neoplasias quísticas del Páncreas y su número está aumentando. Su importancia radica en que algunos se transforman en cáncer invasivo que hay que tratar antes de que alcancen esa progresión. Los pacientes con un TPMI presentan un ligero aumento de desarrollar tumores extrapancreáticos.

Presentamos el caso de un varón de 73 años que presentaba una alteración del ritmo intestinal y pérdida de peso. En su estudio, se le realizó una ecografía abdominal que mostró una lesión quística en la cabeza pancreática con una dilatación del Wirsung. El estudio se completó con una endoscopia y una ecoendoscopia alta.

ENDOSCOPIA: Duodeno: En segunda porción proximalmente, en cara anterior se observa un pólipo de aproximadamente 0.5 cm con mucosa adenomatosa que se biopsia.

Biopsia: Pólipo adenomatoso con displasia epitelial de bajo grado.

ECO-Endoscopia Alta: Conclusión: TPMI de conducto principal con signos eco-endoscópicos sugestivos de degeneración.

COMENTARIOS: Nuestro paciente fue intervenido mediante Duodenopancreatectomía cefálica.

Estudio histológico de la pieza quirúrgica: Tumor papilar mucinoso intraquístico con focos de Displasia de alto grado.

Los TPMI parece que se asocián habitualmente a un aumento del riesgo para patología tumoral que por orden de frecuencia seria: aumentado para los adenomas colorectales, los adenocarcinomas colorectales y adenocarcinomas gástricos.

Presentamos el excepcional caso en el que este tumor se asocia con una adenoma de la segunda porción duodenal.

ECOENDOSCOPIA

P-205

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ULTRASONOGRAFÍAS ENDOSCÓPICAS (USE) PARA ESTUDIO DE LA VÍA BILIAR (VB) REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "12 DE OCTUBRE" DE MADRID

Algara San Nicolas, María; Santos, Laura; Pérez, Marcedes; Díaz, José Benjamin; Marin, José Carlos; Sánchez, Fernando; Rodríguez, Sarbelio; Castellano, Gregorio
Hospital Universitario Doce De Octubre, Madrid

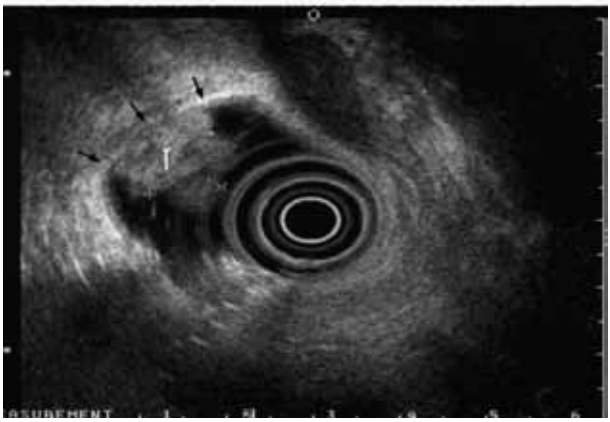
INTRODUCCIÓN: La USEA es una técnica muy precisa para el estudio de la VB

ENDOSCOPIA:

OBJETIVO: Analizar la utilidad de la USE en el diagnóstico de patología biliar en nuestro Hospital

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las USE de VB realizadas en nuestro centro entre 2009-2014. Analizamos las indicaciones, diagnósticos y correlación con los hallazgos en la CPRE

RESULTADOS: 237/1316 (18%) de USE se realizaron por sospecha de patología biliar. Motivos de solicitud: dilatación VB indeterminada (39%; 91/237); dolor abdominal sin causa (19%; 45/237); estenosis benigna VB (4%; 10/237); estenosis maligna VB (7%162); colestasis sin dilatación VB (6%; 15/237); ampuloma (14%; 33/237); otros (12%; 26%). Diagnósticos: patología benigna vesícula (19%; 80/410); litiasis VB (10%; 41/410); dilatación VB indeterminada (14%; 57/410); estenosis benigna (8%; 33/410); normal (7%; 28/410); ampuloma (6%; 24/410); otros (36%; 147/410). Correlación CPRE/USE: Se realizó CPRE en 71/237; encontramos correlación en 53/71 (75%).



COMENTARIOS: 1. En nuestro centro, el 18% de las USE se realizan por sospecha de patología biliar 2. La dilatación de la VB indeterminada ha sido el motivo de solicitud más frecuente entre las USE biliares realizadas; 3.- Los diagnósticos más frecuentes fueron la patología benigna de la vesícula biliar, la litiasis y la dilatación de la VB indeterminada; 4.- En 2/3 de los casos encontramos correlación entre los hallazgos de la USE y la CPRE.

ECOENDOSCOPIA

P-206

COLANGIOGRAFÍA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA CON INTENCIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO SIN DILATACIÓN INTRAHEPÁTICA

Peñas Herrero, Irene [1]; González Redondo, Guillermo [2]; Sánchez-Ocaña, Ramón [1]; Santos Santamarta, Fernando [1]; Amo Alonso, Rebeca [1]; Gil-Simón, Paula [1]; Díez Redondo, Pilar [1]; Núñez, Henar [1]; De La Serna Higuera, Carlos [1]; Pérez-Miranda, Manuel [1]

[1] Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [2] Hospital Clínico Universitario, Valladolid

INTRODUCCIÓN: No es posible explorar el colédoco por ecoendoscopia en pacientes gastrectomizados, por lo que la colangio-resonacia es la única técnica no invasiva fiable para el diagnóstico de coledocolitiasis. La CPRE es imposible en algunos pacientes con gastrectomías, como Scopinaro. Un diagnóstico falsamente positivo de coledocolitasis en este contexto es especialmente indeseable, ya que obliga a una cirugía gravosa e innecesaria. Ofrecemos una nueva solución para este dilema clínico.

DESCRIPCIÓN: Varón de 56 años, con antecedente de intervención de Scopinaro por obesidad mórbida. Ingresa por dolor abdominal y colestasis, con hallazgo de coledocolitiasis en colangio-resonancia magnética. Se indica ecoendoscopia con intención de terapéutica transhepática. La ausencia de dilatación intrahepática impide practicar una hepatico-gastrostomía. Se logra identificar el colédoco medio no dilatado por vía transgástrica a través de la porta, en un corto segmento. Se busca una ventana de punción sin la porta interpuesta, sin encontrarla. Se opta por puncionar con aguja de 22G el colédoco por vía transportal. La colangiografía guiada por ecoendoscopia muestra una vía biliar intra y extrahepática muy finas, sin defectos de repleción, con buen paso de contraste a duodeno. Se excluye definitivamente el diagnóstico de coledocolitiasis. No se registran complicaciones. El paciente permanece asintomático transcurridos 2 meses.

CONCLUSIONES: Aunque la colangiografía guiada por ecoendoscopia sólo debe practicarse con intención terapéutica, este caso ilustra una situación clínica en la que su uso diagnóstico resultó de gran utilidad. La colangiografía mediante punción transportal con aguja fina parece una opción técnica viable en los pacientes gastrectomizados sin dilatación intrahepática.

XXXVI JORNADA NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abadía Barno, Marta, P-047, P-135
Abadía De Barbará Marín, Carme, P-176, P-177, P-199
Abraldes Bechiarelli, Alfredo José, P-178
Abreu García, Luis, CO-27, P-012, P-014, P-034,P-043, P-063, P-107, P-127, P-128, V-12
Acosta Materán, Rosa, CE-26, P-077, P-084, P-101
Adán Merino, Luisa, CE-13
Aguado Álvarez, Valle, P-106, P-102
Agudo, Belén, P-128
Agüera Arroyo, Blanca, P-099
Aguilar Alvarado, Daniel, P-124
Aguilar Urbano, Víctor Manuel, CE-18, P-019, P-166
Ahumada Jiménez, Adriana, CO-21, CE-05
Alados Arboledas, Pedro, P-030
Alajarin Cervera, María, P-091, P-140
Alajarin Cervera, Miriam, P-079, P-095, P-159, P-100
Alarcón Del Amo, Cristina, P-112
Alba López, Cristina, P-035
Albéniz Arbizu, Eduardo, CO-14, P-155, V-01, V-07
Alberca De Las Parras, Fernando, CE-28, P-079, P-091,P-095, P-100, P-140, P-159
Alberdi Alonso, José María, P-031
Albero, Raquel, CE-09
Alberti, Nuria, P-193
Albillos Martínez, Agustín, CO-08, P-011
Albines Fiestas, Gino Santiago, P-195
Alburquerque Miranda, Marco, CO-15, CO-25, P-109, P-146, V-05
Alcaide, Noelia, CO-16, P-081, P-082, P-094
Alcázar Benzal, Elena, P-123
Alcívar Vásquez, Juan Manuel, CO-11, P-001, P-013, P-015, P-024, P-154, P-155, P-165, P-171
Aldeguer Mante, Xavier, P-004
Aldeguer Martínez, Mercedes, CE-13
Algara San Nicolás, María, P-205
Alía Moreno, Inés, P-045
Aller De La Fuente, Rocío, P-081, P-082, P-094
Alonso, Isabel, P-060
Alonso Aguirre, Pedro, CE-06, CO-14
Alonso Ganuza, Cristina, P-040
Alonso Lázaro, Noelia, CE-27, P-185 V-06,
Alonso Martín, Carmen, CO-26, P-055, P-136, P-138, P-173
Alonso Prada, Alicia, P-038, P-039
Alonso Riaño, Marina, CE-02, P-021, P-096, P-097, P-098
Alonso Rodríguez, Ana, P-108
Alonso Sierra, María Teresa, P-031, P-170
Álvarez, Begoña, P-167
Álvarez, Marco Antonio, CO-04, CO-20, CO-28, CE-07, CE-09, P-022
Álvarez Álvarez, Mª Aránzazu, P-157
Álvarez Delgado, Alberto, P-062, P-084, P-101, P-103, P-113, P-180
Álvarez Higueras, Javier, CE-28, P-079, P-095, P-140, P-159, P-091
Álvarez Martín, María Jesús, P-188
Álvarez Posadilla, Marta, P-088
Álvarez-Nava Torrego, María Teresa, P-152
Alzina, Alejandra, P-170
Amado Villanueva, Natalia, CE-17, P-051, P-071
Amo Alonso, Rebeca, CO-10, CO-24, P-041, P-164, P-200, P-206, V-11
Amor Martín, Pedro, P-088
Andreu Serra, Hernán, CE-17, P-071
Andreu Solsona, Victoria, P-119
Antón Ródenas, Gonzalo, CE-28, P-006, P-046, P-059, P-126, P-131, P-132, P-159
Antúnez Yáñez, Ángela, P-188
Aoufi, Samuel, P-175, P-191, P-192
Aparcero López, Reyes, P-042
Aparicio, Marta, P-086
Aparicio Tormo, José Ramón, CE-04, P-169, P-189
Arambula Amaya, Tania Ivett, CO-11
Aranda, Humberto, V-13
Arango Sanchez, Maria, P-126
Araujo, Ángela, P-054
Araujo, Isis, P-005

Arenal, Juan José, V-15
Areste Anduaga, Irene, V-07
Argente, Dori, P-158
Argüello Viúdez, Lidia, CE-27, P-185, V-06
Arias Loste, María Teresa, CO-26, P-173
Arias Rivera, Maria Luisa, P-038, P-039
Ariza, José Luis, P-184
Armendáriz Lezáun, Raúl, P-040
Arostegui Iturralde, Esther, P-040
Arranz Álvarez, María, CE-19, CE-21, P-048
Arreba González, Paz, P-056, P-092
Arribas Anta, Julia, P-011
Artal Ortín, Aurelio, P-080
Asteinza Daganzo, Matilde, CE-21
Ávila Alegría, Juan Carlos, CO-09, CE-08, P-066, P-174
Ayllón Cano, Sonia, P-035, P-087

B

Badre, Wafaa, P-016, P-017, P-018, P-110
Baguè, Narcis, P-146
Baixeras, Núria, P-186
Baki Mohamed, Walid, CE-21
Baliellas, Carme, CE-10
Ballesté Peris, Belén, P-176, P-177, P-199
Ballesteros De Diego, Lucía, P-053
Balza Lareu, Nelly, CE-17, P-071
Baños Madrid, Ramón, P-141, P-150
Barbado Cano, Ana, P-135
Barberá, Marta, CO-22
Barbero Villares, Almudena, P-030, P-090, P-120
Barbón Remis, Esther, P-093
Barceló, Marta, CE-13
Barenys Lacha, Merce, P-119
Bargiela González, Silvia, P-188
Barranco, Luis, CO-04, CO-20, CO-28, CE-07, CE-09, P-022
Barranco Cao, Raquel, P-112
Barreiro Alonso, Eva, P-157
Barrio Andrés, Jesús, V-09
Barrio Antoranz, José, CE-13
Basterra Ederra, Marta, CO-05
Bautista Castaño, Inmaculada, CO-19, P-015, P-074
Bautista Henríquez, Michelle, P-056, P-092
Bebia, Paloma, CO-30
Beceiro, Inmaculada, P-065, P-090
Bejarano García, Ana, P-064, P-073
Bejerano Domínguez, Alicia, P-112
Beleta, Esther, CE-12, V-02
Bellabah, Ahmed, P-016, P-017, P-018, P-110
Beltrán Landers, Natalia, P-020, P-149
Benali, Fatimazahra, P-016, P-017, P-018
Benita León, Vicente, CO-08
Benítez Cantero, José Manuel, P-030
Bermudez Fernández, Sandra, P-093
Bernal, Antonio, CO-06
Bernardo García, Cristina, P-043, P-063, P-128
Bernardos Martin, Esther, P-175, P-191, P-192
Berroa De La Rosa, Edel, P-081, P-082
Bessa, Xavier, CO-20
Betancor Hernández, Leticia, P-068, P-144
Betés, Maite, P-170
Bettonica, Carla, V-13
Blanca García, José Antonio, P-143
Blanco Esteban, Juan Manuel, P-049
Blanco Sampascual, Sonia, P-056, P-092
Blas Jhon, Leonardo, P-020
Blázquez, Esther, CO-27, P-012, P-014, P-107
Bocanegra Viniegra, Marta, P-007, P-160
Boix Valverde, Jaume, CO-01, CO-22, P-139, P-145
Boixeda De Miquel, Daniel, CO-08, P-011
Bolado, Federico, CO-07, CE-15, CE-20, P-009, V-01
Bonilla Fernández, Araceli, P-143, P-178
Borda Martín, Ana, P-116
Borobia Sánchez, Rodrigo, P-124
Borobio Aguilar, Erika, P-040
Borrego, Gloria, P-065
Bory, Felipe, CO-04, CO-20, CO-28, CE-09
Bosch, Orencio, P-204

Botargues, Josép M, CO-29, V-13
Botero Pérez, Juliana, P-020, P-058, P-149
Bozada García, Juan Manuel, P-001, P-013, P-015, P-024, P-154
Bravo, María Teresa, CE-01, P-033, P-172, P-181
Bridet, Lionel, CO-06
Briz Romero, Rosa, P-112
Brotons García, Álvaro, CE-17, P-071, V-16
Brullet, Enric, P-050, V-14
Burgos García, Aurora, P-047, P-129, P-130, P-135
Busquets, Juli, CO-23, P-186, P-190
Bustamante, Katherine, P-135
Bustamante Balén, Marco, CE-27, P-185, V-06
Busto Bea, Victoria, CO-10, CO-24, P-163, P-164, P-200, V-04

C

Caballero Díaz, Yurena, P-068
Caballero Gómez, Juan Antonio, CO-11, P-001, P-013, P-015, P-024, P-032
Caballero Marcos, Arantxa, CO-21
Cabezas, Antonio, P-189
Cabezas González, Joaquín, P-010
Cabezudo Gil, Pilar, P-092
Cabriada, José Luis, CO-06
Calafat Sard, Margalida, P-139, P-145
Calderón García, Ángel José, CE-01, P-033, P-056, P-092, P-172, P-181
Calderón Ramírez, María Del Rosario, CO-05
Calero Barón, Daniel, P-020, P-149
Calle Sanz, Raquel, P-118
Calleja, José Luis, CO-27, P-012, P-014, P-034, P-107
Calvache Rodríguez, Almudena, P-112
Calves Azabarte, Purificación, P-196
Calvo, María, P-065
Calvo Moya, Marta, P-063
Calvo Sánchez, Marta, P-025
Camo Monterde, Patricia, P-080
Campo, Rafael, P-050, V-14
Campos Cantero, Rocío, CO-03, P-061, P-122, P-198
Campos Ruíz, Amaia, P-076, P-134
Canaval Zuleta, Héctor Julián, P-051
Cancelas Navía, Pilar, CE-02, P-021, P-096, P-097, P-098
Candel Erenas, José Miguel, P-029, P-075, P-115, P-133
Cañas Blanco, Manuel, P-102, P-106
Cañete Pizarro, Fiorella Consuelo, P-176, P-177, P-199
Cañete Ruiz, Ángel, P-011
Carballo Álvarez, Fernando, CE-28, P-079, P-091, P-095, P-100, P-131, P-140, P-159
Carbonell Blanco, Carlos, CO-09, P-066, P-174
Carbonell Ruiz, Daniel José, P-059, P-126, P-132
Carrascosa Gil, Juan, CO-05
Carrera Alonso, Elisa, P-124
Carrilero Zaragoza, Gabriel, CE-28, P-140
Carrión Alonso, Gemma, CE-13
Carrión García, Fuensanta, P-057, P-115, P-123, P-125, P-141, P-168
Casáis Juanena, Luis Leonardo, P-099, P-105
Casanova, Antonio, P-031
Casellas, Juan Antonio, CE-04, P-169, P-189
Casi, María Ángeles, CO-07, P-009, V-01
Castañera González, Ramón, P-136
Castaño, Lucía, P-054
Castellano López, Amelia, P-030, P-065, P-090, P-120, P-201
Castellano Tortajada, Gregorio, CE-02, CE-22, P-021, P-027, P-053, P-089, P-096, P-098, P-152, P-162, P-193, P-197, P-203, P-205, V-10,
Castellot Martín, Ana, CO-13, P-068, P-144
Castellví, Josép M, CO-29
Castillo Espinosa, José Manuel, P-006, P-046, P-059, P-126, P-131, P-132
Castillo Grau, Pilar, P-130
Castillo Herrera, Luis Alonso, P-038, P-039
Castillo López, Guillermo, P-045

Castillo Pradillo, Marta, CE-08
Castro, Aldo, CE-01, P-033, P-172
Castro Carbajo, María Del Pilar, P-039
Castro Urda, José Luis, P-038, P-039
Català, Isabel, P-186
Caunedo Álvarez, Ángel, P-037, P-179, P-187
Cazorla Jiménez, Alicia, P-020, P-058
Cebrián, Alba, CE-15, CE-16, CE-20, V-08
Ceron, José, P-194
Cerpa Arencibia, Alberto, P-135
Chacchi Cahuín, Rocio, CE-17, P-051, P-071, V-16
Chacón Martínez, Silvia, CO-30
Chevarria Montesinos, Julio, CO-15
Cid Gómez, Lucía, P-188
Cirera, Esther, P-109
Ciriza, Constanza, P-053
Clemente Sánchez, Ana, CE-08, P-078
Colán Hernández, Juan, P-006, P-052, P-161
Colina Ruizdelgado, Francisco, CE-02, P-021, P-096, P-097, P-098
Colon, Arturo, P-036
Compañy, Luis, CE-04, P-169, P-189
Concepción Martín, Mar, P-006, P-052, P-161
Consiglieri, Claudia F, CE-10, CE-14, CE-23, CO-23, CO-29, P-186, P-190, V-13,
Contreras, José, P-031
Contreras Padilla, David, P-168
Córdova, Henry, P-005
Correa Abanto, Lizbeth, P-020, P-149, P-204
Correa Yánez, José Luis, P-149
Correro Aguilar, Francisco José, P-143, P-178
Cotta Rebollo, Judith, P-182
Couto Worner, Ignacio, CE-06
Crespo García, Javier, CO-02, P-055, P-173
Cristo García, Alejandro, P-003
Cristóbal Poch, Lidia, P-047
Cruz Bonilla, Ana, P-068, P-144
Cuadrado Lavin, Antonio, P-010
Cuesta Fernández, Ezequiel, P-093
Cuño Roldán, José Luis, P-011

D

De Eguia, Oihane, P-181
De Frutos Rosa, Diego, P-030, P-090, P-120, P-201
De Gracia, Celia, CO-18, P-156
De La Coba Ortiz, Cristóbal, P-157
De La Hera Justicia, Meritxell, CE-14, CE-23, P-190
De La Morena López, Felipe, P-045
De La Morena Madrigal, Emilio, CE-11
De La Peña García, Joaquín, CO-26, P-010, P-055, P-136, P-138, P-173
De La Revilla, Juan, CO-27, P-014
De La Serna Higuera, Carlos, CO-10, CO-13, CO-16, CO-24, P-041, P-067, P-163, P-164, P-200, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15
De Las Heras Páez, Berta, CE-22
De María Pallares, Pedro, P-129
De Sola Earle, Carlos Miguel, CE-18, P-019, P-166
De Teresa, Javier, P-184
De Zarraga Mata, Claudia, P-051
Dedeu, Josép María, CO-04, CO-20, CO-28, CE-07, CE-09, P-022
Defarges Pons, Víctor, CO-08
Del Olmo, Lourdes, CO-16, P-081, P-094
Del Pozo García, Andrés J., CE-02, P-021, P-096, P-097, P-098, P-162, P-197, V-10
Del Val, Blanca, P-070, P-147
Delgado Álvarez, María Pilar, P-152, P-162
Delgado Galán, María, P-112
Delkader Villar, Jaime, P-048
Díaz Gutiérrez, Francisco, P-049
Díaz Crespo, Francisco, P-196
Díaz Galán, Patricia, P-044
Díaz Jiménez, José Alberto, P-143, P-178
Díaz Roca, Ana Belén, CE-01, P-033, P-056, P-092, P-172, P-181
Díaz Ruiz, Raquel, CE-08, P-036
Díaz Sánchez, Antonio, CO-03, P-031, P-061, P-122, P-198

Díaz Tasende, José Benjamín, CE-22,CE-02, P-021, P-027, P-089, P-096, P-097, P-098, P-193, P-197, P-205, V-10
Díez Redondo, Pilar, P-041, P-067, P-163, P-164, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15
Dolz Abadía, Carlos, CE-17, P-051, P-071, V-16
Domènech, Eugeni, P-139
Domínguez, Ana Belén, P-023, P-167
Domínguez García, Nuria, P-025
Duca, Ileana, P-076, P-134
Ducóns, Julio, CO-02

E

Echenagusía, Mikel, P-036
Egea, Esperanza, P-070, P-072, P-147, P-151
Egea Valenzuela, Juan, CE-28, P-079, P-091, P-095, P-140, P-159, P-100
Eguaras, Javier, P-155, V-07, V-08
Enciso Coloma, Carlos, CE-25, P-076, P-134
Escajadillo, Nataly Chris, P-161
Escudero Roldán, María, CE-17, P-071
Espinel, Jesús, P-023, P-086, P-167
Espinet Coll, Eduardo, CO-02, P-044
Espinosa Taranilla, Laura, P-030, P-065, P-120
Esteban, Verónica, P-060
Esteban Delgado, Pilar, CO-30
Esteban López-Jamar, José Miguel, CE-19, CE-21, P-035, P-048
Estévez Prieto, Emilio, CE-06
Estrella Diez, Esther, P-079, P-091, P-095, P-131, P-140
Estremera Arévalo, Fermín, V-07

F

Fabregat, Joan, CO-23, P-186, P-190
Farran, Leandre, V-13
Fernández, Agnes, CO-28, CE-07, P-022
Fernández, Cristina, P-086
Fernández, Nereida, P-023
Fernández, Servando, CO-01
Fernández Bermejo, Miguel, CO-01, P-003
Fernández Cadenas, Fernando, P-088
Fernández Cano, Francisco, P-182
Fernández Corbelle, Juan Pedro, CO-19, P-015, P-074
Fernández Diez, Servando, P-087
Fernández Esparrach, Gloria, P-005
Fernández Huélamo, Azucena, P-044
Fernández Martí, José Manuel, P-003
Fernández Martos, Rubén, P-135
Fernández Molina, J, P-195
Fernández Orcajo, Pilar, CO-24
Fernández Rial, José Carlos, P-107
Fernández Salazar, Luis, P-081, P-082, P-094
Fernández Urien, Ignacio, CO-07, CO-17, CE-03, CE-15, CE-16, P-009, P-116, P-137, P-155, V-08
Fernández Velázquez, R, P-195
Ferrero León, Paula, P-118, P-121
Feteira, Esperanza, P-188
Figa, Montserrat, CO-15, CO-25, P-004, P-109, P-146, V-05
Flores, Alexander, P-037
Flores, Juana, CO-28
Fortea Ormaechea, José Ignacio, CE-13
Foruny Olcina, José Ramón, CO-08
Frago Larramona, Santiago, P-080
Fraile González, María, CO-14, V-07
Froilán Torres, Consuelo, P-047, P-129, P-130

G

Gajownik, Urszula, P-070, P-072, P-147, P-151
Galán, Maica, CO-29, V-13
Gallach, Marta, V-14
Gallego Pérez, Blanca, P-070, P-147
Galvao Neto, Manoel, P-044
Galvez, Consuelo, CE-24, P-194
Gálvez Calderón, Carmen, P-030
Ganchegui Aguirre, Idoia, CE-25, P-076, P-134
Ganoza Paredes, Mónica, P-030, P-065, P-090, P-120, P-201
Garau Colom, Catalina, CE-17, P-071
García, Juan Fernando, P-107
García, Natalia, CE-24, P-194
García Albarrán, Laura, P-170
García Albert, Ana María, P-072, P-151
García Belmonte, Daniel, P-070, P-072, P-151, P-147
García Cano, Jesús, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
García Centeno, Pilar, P-030, P-065, P-120, P-201
García Consuegra, Fátima, P-160
García Fernández, Gregorio, CE-18, P-019, P-166
García Fernández, Pedro, CO-03
García García, María José, CO-26, P-010, P-055, P-136, P-138, P-173
García Guerrero, Tomás, V-03
García Lledó, Javier, CO-09, CO-12, CO-21, CE-05, CE-08, P-026, P-066, P-078, P-174, P-183, P-083
García López, Rosa, P-157
García Mancebo, Carlos, P-035, P-087
García Marín, María Del Carmen, P-184
García Mayor, Mª Ángeles, CE-12, V-02
García Paredes, Rocío, P-070, P-072, P-147, P-151
García Pérez, Bartolomé, P-159
García Recio, Encarna, P-190
García Rivillo, José, P-030
García Rodríguez, Ana, CO-28, CE-07, P-022
García Tercero, Iván, P-028, P-029, P-057, P-115, P-123, P-125, P-133, P-150, P-168
Gargallo Puyuelo, Carla Jerusalén, CO-14
Garrido, Aurelio, P-034, P-128
Garrido Gallego, Francisco, CE-22, P-193, P-197, P-203
Geijo Martínez, Fernando, P-062, P-084, P-180
Gento, Elena, CE-12, V-02
Gil, Cristina, CE-12, V-02
Gil Alcalde, Marta, P-030, P-120, P-201
Gil Simón, Paula, CO-10, CO-16, P-041, P-163, P-164, P-206, V-03, V-04, V-09, V-15
Gimeno, Antonio, CO-13
Gimeno, Javier, CE-09
Ginès, Àngels, P-005
Girones, Marta, P-109
Golmayo Flethes, Carmen, P-030, P-065, P-120, P-201
Gómez, Cristina, P-006, P-052, P-161
Gómez, Rosa, P-070, P-072, P-147, P-151
Gómez Alonso, Marta, CO-05
Gómez De La Cuesta, Sara, P-081, P-094
Gómez Delgado, Elena, P-106, P-102
Gómez Lozano, María, P-070, P-072, P-147, P-151
Gómez Regife, Leonor, P-102, P-106
Gómez Rodríguez, Rafael, P-196
Gómez Rubio, Mariano, P-045
Gómez Ruiz, Carmen Julia, P-069, P-142, P-202
Gómez Ruiz, Carmina, CO-18, P-156
Gómez Ruiz, Marcos, P-136
Gómez Valero, José Antonio, P-044
Gongorra, Andrea, CE-12, V-02
Gonzaga, Ana, P-127
González De La Higuera, Belén, CO-07, CO-17, CE-20, P-009, P-116, V-01, V-08
González Panizo, Fernando, CO-13
González, Carmen, P-012
González, Eugenia, P-109
González, Santiago, P-107, P-170
González Alonso, Mª Rosario, P-122, P-198
González Alonso, Rosario, CO-03, P-061

González Arjona, Carolina, P-007, P-160
González Artacho, Cristina, P-182
González Asanza, Cecilia, CO-09, CO-12, CO-21, CE-05, CE-08, P-026, P-036, P-066, P-078, P-083, P-174, P-183
González Carro, Pedro, P-175, P-191, P-192
González Conde, Benito, CE-06
González De Canales, Pilar, P-201
González Galilea, Ángel, P-030
González Grande, Rocío, P-007
González Hernández, José Manuel, CO-16, P-062, P-081, P-082, P-084, P-094, P-101
González Lama, Yago, P-063
González Martín, Juan Ángel, CO-08, P-011, CO-13
González Partida, Irene, P-043, P-063, V-12, P-127
González Redondo, Guillermo, CO-10, P-041, P-081, P-082, P-094, P-163, P-164, P-200, P-206, V-03, V-04, V-11, V-15
González Rodríguez, Félix, P-035
González Santiago, Jesús, P-180
González-Huix Llado, Ferrán, CO-13, CO-15, CO-25, P-109, P-146, V-05
González-Mariscal, Mª José, P-054
Gonzalo Bada, Nerea, P-129, P-130
Gonzalo Marín, Juana, P-019
Gonzalo Molina, María Antonia, P-049
Gornals, Joan B, CO-23, CO-29, CE-10, CE-14, CE-23, V-13, P-186, P-190
Gracia Madrid, Antonio, P-049
Granados, Marcos, P-144
Grilo Bensusan, Israel, P-102, P-106
Guardiola, Jordi, CE-10
Guarner Aguilar, Carlos, P-006, P-052, P-161
Guarner Argente, Carlos, CO-14, P-006, P-052, P-161
Guerra Lacunza, Ana, V-07
Guerrero Puente, Lourdes, P-099
Guillén Sola, Soraya, P-040
Gutiérrez, Ignacio, P-114

H

Haddad, Fouad, P-016, P-017, P-018, P-110
Hergueta González, Javier, P-124
Hernández, María, CE-03
Hernández, Marta, CO-27, P-012, P-014, P-063, P-107, P-128
Hernández Amunarriz, Daniel, P-010, P-055
Hernández Hernández, José Manuel, P-049
Herranz Bachiller, María Teresa, P-049
Herrera, Agustín, P-023
Herrera, Iván, P-169
Herrerías Gutiérrez, Juan Manuel, P-054, P-179, P-187
Herrero Rivas, J, P-195
Herreros De Tejada, Alberto, CO-27, P-012, P-014, P-034, P-107, V-12
Hervás Molina, Antonio José, P-099, P-105
Higuera Fernández, María Isabel, P-030, P-120, P-201
Hliwa, Wafaa, P-016, P-017, P-018, P-110
Honrubia, Raúl, P-135
Horta, Diana, P-050, V-14
Huergo Fernández, Adrián, P-088
Huerta Madrigal, Alain, CO-06
Huertas Nadal, Carlos, CE-23, P-004

I

Ibáñez, Inés Ana, CO-28
Ibáñez García, Mercedes, P-060
Ibáñez Sanz, Gemma, CO-29, CE-10, CE-14
Ibarrola, Carolina, P-027
Iglesias Avión, Pilar, P-108
Iglesias Flores, Eva, P-030
Ikematsu, Hiroaki, CO-14
Irazabal Remuinan, Nahikari, P-076, P-134
Iriarte, Ainara, CO-17, CE-15, CE-16, CE-20, P-009, P-137, P-155, V-01, V-08
Irisarri Garde, Rebeca, P-040
Iruzubieta Coz, Paula, P-010, P-055, P-173
Ivanytska, Olena, P-068, P-144

J

Jamanca Poma, Yuliana, CE-26, P-077
Jaramillo Ruiz, Vanessa, P-187
Jijón Crespín, Roxanna, CE-28, P-079, P-091, P-100, P-159
Jiménez, Alejandra, P-037
Jiménez, Fº Javier, CO-07, CO-17, CE-20, CE-03, CE-15, CE-16, P-009, P-155, V-01, V-08
Jiménez, Javier, P-137, V-07
Jiménez Baños, Amaya, CO-19, P-015, P-074
Jiménez Martínez, Yolanda, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Jiménez Mendióroz, Francisco Javier, P-116
Jiménez Pérez, Francisco Javier, P-116
Jimeno Maté, Carlota, P-121
Jordán Castro, Junior Alexander, P-196
José, Francesca, P-109
Joya Vázquez, Pedro Pablo, P-101
Juan-Creix Comamala, Antonio, P-044
Juanmartiñena, José Francisco, CE-15
Junquera Flórez, Félix, P-050, V-14
Jurado García, Juan, P-099

K

Kaneko, Kazuhiro, CO-14
Kheiri Vázquez, Sandra, P-065, P-090, P-201
Klimova, Katerina, CO-09, P-183

L

Lacy, Antonio M, P-005
Lahlou, Houda, P-110
Lainez, Baltasar, CE-03
Larraona Moreno, José Luis, P-118, P-121
Larrea Yánez, José Luis, P-020, P-058
Larrinaga, Jon, CE-25
Lastra Andrade, Paola, CE-08, P-026, P-083
Lauret Braña, Ma E, P-195
Ledezma Frontado, Cesar, CO-15
Legaz Huidobro, María Luisa, P-175, P-191, P-192
León Brito, Helena, V-07
León Fernández, Carmen, V-12
León Montañes, Rafael, CO-11, P-001, P-013, P-015, P-024, P-114, P-154, P-165, P-171
Lezaun, Roman, CE-03
Llanos Chavarri, Mª Concepción, P-040
Llatjós, Roger, P-186
Llerena Santiago, Susana, CO-26, P-010, P-055, P-138, P-173
Llop Herrera, Elba, P-043, P-127
Llorca Fernández, Rocío, P-118, P-121
López De Hierro, Mercedes, P-184
López, Alicia, P-119
López, María, CO-06
López Alonso, Guadalupe, P-089
López Durán, Sergio, P-011
López Fernández, Eduardo, CE-04, P-157
López García, Juan Francisco, P-006, P-046, P-059, P-126, P-132
López Gómez, Marta, P-043, P-063, P-127
López González, Elisabet, P-184
López Higueras, Antonio, CO-30
López Ibáñez, María, CO-21, CE-05
López Martín, M. Carmen, P-112
López Martínez, Cristina, CE-22
López Ruiz, Teófilo, CO-11, P-001, P-013, P-015, P-024, P-154, P-155, P-165, P-171
López Useros, Antonio, P-173
López Vicente, Jorge, CE-02
López-Nava Breviere, Gontrand, CO-02, CO-19, P-015, P-074
López-Tomassetti Fernández, Eudaldo, P-068
Lorente, María, P-144
Lorente Arencibia, María, P-068
Lorenzo Pelayo, Sara, P-082
Lorenzo-Zúñiga García, Vicente, CO-22, CO-28, P-139, P-145
Louvriex, Rene, CO-25

Loza Vargas, Luz Andrea, CO-10, CO-24, P-041, P-164, P-200, V-11
Lozano Lanagrán, Marta, P-182
Lozano Maya, Mar, CE-13
Lozano Varela, María, P-124
Luzón, Lara, P-080, P-085

M

Machlab, Salvador, P-050
Macho Conesa, Ana, P-082, P-094
Maestro Antolín, Sergio, P-060
Magaz Martínez, Marta, P-034, P-127, P-128
Mancebo Mata, Alejo, P-157
Manteca González, Román, P-007, P-160
Manzano Fernández, Rebeca, CO-03, P-061, P-122, P-198
Mañana Canteli, Isabel, P-093
Mañosa, Miriam, P-139
Maraver García, Antonio, P-064, P-073
Maraver Zamora, Marta, P-064, P-073
Marcos Prieto, Héctor Miguel, P-077, P-101, P-103, P-113
Marín, Ingrid, P-139, P-145
Marín Bernabé, Carmen María, P-070, P-072, P-147, P-151
Marín Gabriel, José Carlos, CO-01, P-162
Marín-Gabriel, José C., CE-02, P-021, P-027, P-096, P-097, P-089, P-098, P-205, V-10
Márquez, Laura, CE-07, P-022
Márquez Castro, Celina, P-042, P-121
Márquez Galán, José Luis, P-024, P-032, P-171
Márquez Galisteo, Cristina, P-024
Marra-López, Carlos, CO-02, CO-13, CE-25, P-076, P-134
Marrero, José Miguel, P-144
Martín Arranz, Eduardo, P-047
Martín Castillo, Antonia, P-148
Martín Chavarri, Sonia, CE-13
Martín Granizo, Ignacio, P-108
Martín Ibáñez, José Juan, P-028, P-029, P-075, P-115, P-133
Martin Mateos, Rosa María, P-011
Martín Ocaña, Francisca, P-182
Martín Ramos, Luis, CO-26, P-138
Martín Rebollo, María Jesús, P-112
Martín Relloso, María Jesús, P-020, P-149, P-204
Martín Rivas, Berta, P-136
Martín-Granizo Barrenechea, Ignacio, P-188
Martínez Menéndez, María Arantzazu, P-093
Martínez Sierra, Carmen, P-154, P-165
Martínez, Belén, P-189
Martínez, Javier, CO-06
Martínez, Juan, CE-04, P-169, P-189
Martínez Albares, José Luis, P-038, P-039
Martínez Alcalá, Felipe, P-114
Martínez Alcalá, María Del Carmen, P-101
Martínez Andrés, Blanca, CO-30
Martínez Ares, David, CO-14, P-108, P-188
Martínez Bauer, Eva, P-050, V-14
Martínez Bonil, María Del Carmen, P-006, P-046, P-059, P-126, P-131, P-132
Martínez Caselles, Alejandro, P-006
Martínez Crespo, Juan José, P-070, P-072, P-147, P-151
Martínez Fernández, Raquel, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Martínez García, Pilar, P-125
Martínez Guillen, Miguel, P-161
Martínez Lozano, Helena, CO-09, P-066, P-174
Martínez Montiel, Pilar, P-197
Martínez Olaizola, Patricia, P-056
Martínez Otón, José Antonio, P-028, P-115, P-123, P-125, P-168, P-141
Martínez Pascual, Cristina, CE-28, P-006, P-046, P-059, P-126, P-131, P-132
Martínez Pérez, Teresa, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Martínez Porras, José Luis, P-034, P-127, P-128
Martínez Sánchez, Alba, CE-19, CE-21, P-035, P-048
Martínez Turnes, Alfonso, P-108

Martínez Vilalta, Miquel, P-119
Martínez-Alcalá García, Felipe, P-114
Martínez-Cara, Juan Gabriel, P-184
Martos Vizcaíno, Esperanza, P-021, P-027, P-089, P-162
Mata Peon, Mª Esther, P-093
Mata Román, Laura, P-060
Matallanos, Pilar, P-012, P-014, P-107
Matas, José Luis, CE-12, V-02
Maté Ambélez, Ana, P-057, P-075, P-148
Mateos Rodríguez, José María, CO-01
Mateos Sánchez, Patricia, CE-19, CE-21, P-048
Matilla, Ana María, P-036
Medranda Gómez, María De Los Ángeles, P-006, P-046, P-059, P-126, P-132
Megía Sánchez, María, P-035, P-087
Melcarne, Luigi, P-050, V-14
Melgarejo Cordero, Francisco, P-182
Melilli, Eduardo, CE-10
Menacho Viladot, Margarita, P-176, P-177, P-199
Menchén Fernández-Pacheco, Pedro, CE-05, CE-08, CO-09, CO-12, CO-21, P-026, P-036, P-066, P-078, P-083, P-174, P-183
Méndez, Santiago, CO-27
Menéndez Blázquez, Fernando, P-092
Merino, Ainara, CE-01, P-033, P-172, P-181
Merino Rodríguez, Beatriz, CE-05, CE-08, CO-09, CO-12, CO-21, P-066, P-078, P-083, P-174, P-183, P-026
Merino Rodríguez, Esther, P-124
Milan, Manuel, P-058
Milla Crespo, Ana Isabel, P-088
Millán Lorenzo, Marina, P-118, P-121
Minguillan, Javier, CE-12, V-02
Miquel, Mireia, V-14
Miquel Plaza, Joaquín, P-124
Miranda, María Del Coro, CE-03
Miro, Mónica, CO-29, V-13
Molina Infante, Javier, P-101
Momblán, Dulce, P-005
Monasterios Maestra, Pierina, P-045
Montiel Portillo, Eliana, P-129, P-130
Montoliu Llopis, Silvia, P-176, P-177, P-199
Montoro Martínez, Pedro, P-029, P-057, P-115, P-123, P-133, P-150, P-153
Montserrat Coll, Jorge, P-100
Mora, Francisco, CE-24
Mora Sanz, Pedro, P-047, P-129, P-130, P-135
Mora Soler, Ana, CE-26, P-077, P-103
Mora Soler, Ana, P-084
Moral Cebrián, Ignacio, P-090
Morale, Mª Luisa, P-054
Moraleja, Irene, CO-06
Morán Sánchez, Senador, P-028, P-029, P-057, P-075, P-104, P-115, P-123, P-125, P-148, P-150, P-153, P-168, P-141
Morcillo Jiménez, Elena, P-007, P-160
Morcillo Martín, Esther, CO-01, P-003
Moreno, Luis, CE-12, V-02
Moreno, Oswaldo, CE-24, P-194
Moreno De Vega Lomo, Vicente, CO-22, P-139, P-145
Moreno López, Mónica, P-047, P-135
Moreno Rincón, Estefanía, P-030, P-099, P-105
Morillas, Rosa, P-145
Morillas Ariño, Julia, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Mostazo Torres, José, P-007, P-160
Moya Valverde, Eloísa, CO-03, P-061, P-122, P-198
Muñoz, María Fe, P-094
Muñoz García-Borruel, María, P-030, P-105, P-099
Muñoz López, Diego, P-196
Muñoz Navas, Miguel, P-170
Muñoz Tornero, María, CE-28, P-006, P-046, P-091, P-131, P-159
Muñoz Villafranca, Carmen, P-092

N

Naranjo Rodríguez, Antonio, P-099, P-105
Navajas, María, CO-06
Navalon Rubio, María, P-100

Navarro, María Del Carmen, P-191, P-192
Navarro López, Rosario, P-106, P-102
Navarro Noguera, Elena, P-091, P-131
Nebreda Durán, Javier, CO-02, P-044
Nicolás De Prado, Isabel, P-072, P-151
Nogales Rincón, Oscar, CE-05, CE-08, CO-09, CO-12, CO-21, P-026, P-036, P-066, P-078, P-083, P-174, P-183,
Nova López, Daniel José, P-140
Núñez, Jorge, P-204
Núñez, Oscar, P-031
Núñez, Rafael, P-128
Núñez Amigo, Carmen, P-108
Núñez Rodríguez, Henar, P-041, P-067, P-163, P-164, P-206, V-04, V-03, V-11, V-15

O

Oliva, Borja, P-034
Olivares, Ana, P-112
Ollero Domenche, Leticia, P-080, P-085
Olmedo Martín, Raúl, P-007
Omonte, Edith, P-160
Ono, Akiko, P-079, P-091, P-095, P-159
Ontanilla Clavijo, Guillermo, P-032, P-155, P-171
Opio Maestro, Verónica, P-045
Oribe Calzada, Aitor, P-076
Oriol, Miquel, V-05
Orive, Aitor, CE-25
Orive Cura, Victor Manuel, CE-01, P-033, P-056, P-092, P-181
Ortiz Correro, Carmen, P-019
Ortiz De Zárate Sagastagoitia, Jone, P-056, P-092
Ortíz Moyano, Carlos, P-042
Ortiz Sánchez, María Luisa, P-140
Oussama, Salwa, P-016, P-017, P-018, P-110

P

Pacas Almendarez, Carlos, P-129, P-130
Padilla Suarez, Camilo, CO-09, CO-21, CE-05, P-066, P-078, P-174
Padrosa, Javier, P-146
Pajares, José Antonio, P-036
Pajares, Ramón, P-031
Palacios Galán, A, P-195
Pantaleón Sánchez, Miguel Ángel, CO-04, CO-20, CE-07, CE-09, P-022
Papo Berger, Miguel, P-176, P-177, P-199
Pardillos Tomé, Ana, P-080
Pardo Balteiro, Alberto, P-176, P-177, P-199
Paricio, Pedro, P-006
Pastor Galvez, Silvia, P-115
Patón García Donas, Carmen, P-196
Payeras Llodrá, Guillermo, P-112
Peláez, Nuria, CO-23, P-186, P-190
Pellicer Bautista, Francisco, P-037, P-054, P-179, P-187
Pena Fernández, Isabel, P-133
Peña, Andrés, CE-24, P-194
Peña, Gemma, P-181
Peña Martínez, Patricia, P-175, P-192
Peñas Herrero, Irene, CO-10, CO-16, CO-24, P-163, P-200, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15
Peñate, Mónica, P-144
Perea, Juan Rafael, P-160
Pereira Julia, Aranzazu, P-124
Pereira Santiago, David, P-157
Perello Juan, Antonia, P-119
Pereñiguez López, Ana, P-079, P-095, P-100, P-131
Pérez Fernández, Javier, P-093
Pérez Aisa, Ángeles C, P-182
Pérez Álvarez, G, P-195
Pérez Aragón, Cristina, P-143
Pérez Barrios, Andrés, CE-22
Pérez Carazo, Leticia, CE-05, P-026
Pérez Carazo, Leticia, P-083
Pérez Carballido, Isabel, P-108
Pérez Carreras, Mercedes, CE-22, P-021, P-027, P-089, P-096, P-097, P-098, P-197

P-193, P-203, P-205, V-10
Pérez Corte, Daniel, CE-26, P-077, P-084, P-101, P-113
Pérez Enciso, Irene, P-035, P-087
Pérez Ferrer, Miguel, P-038, P-039
Pérez García, José Ignacio, CO-18, P-156
Pérez García, José Ignacio, P-069, P-142, P-202
Pérez Lamelas, María Isabel, P-188
Pérez Medrano, Indhira, P-030, P-099, P-105
Pérez Pariente, José Martín, P-157
Pérez Pozo, José Manuel, P-114
Pérez Rial, Gabriel, CO-21
Pérez Rodríguez, Esperanza, P-099
Pérez Roldan, Francisco, P-175, P-191, P-192
Pérez Sola, Ángel, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Pérez Valderas, M. Dolores, CE-05, P-036
Pérez Vigara, Gracia, P-069, P-142, P-202
Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique, CO-30
Pérez-Cuadrado Robles, Enrique, CO-30
Pérez-Miranda Castillo, Manuel, CO-10, CO-13, CO-16, CO-24, P-041, P-163, P-164, P-067, P-200, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15
Piedracova Cadahia, Carlos, P-025, P-027, P-053, P-089
Pin Vieito, Noel, CO-14
Pinazo, Isabel, P-160
Pinedo, Eugenia, P-023, P-086, P-167
Piñar Cabezos, Diana, P-006
Piñero Pérez, María Concepción, CE-26, P-062, P-084, P-103, P-113, P-180
Pipa Muñiz, María, P-157
Pisabarros, Cristina, P-023
Plaza Santos, Rocío, CE-13
Pleguezuelo Navarro, María, P-105, P-099
Ponce Romero, Marta, CE-27, P-185, V-06
Ponferrada Díaz, Ángel, CE-13
Pons Beltrán, Vicente, CE-27, P-185, V-06
Pons Renedo, Fernando, CO-27, V-12
Pons Vilardell, Carles, CE-10, CE-14, CE-23, CO-23, CO-29, P-119
Porres Cubero, Juan Carlos, P-020, P-058, P-149, P-204
Portilla, Dustin, P-176, P-177, P-199
Posada, Rodolfo, V-14
Poves Martínez, Elvira, P-030, P-065, P-090, P-120, P-201
Pozo Fidalgo, Faustino, P-088
Prados Bresnes, Raul, P-101
Prieto, Carlos, CO-07, P-009, V-01
Prieto Bermejo, Ana Beatriz, P-084
Prieto Vicente, Vanessa, P-180
Profitos, Joaquim, P-050
Puchades Renau, Lorena, V-06
Pueyo Royo, Antonio, P-155, V-07
Puig-Diví, Valentín, V-14

Q

Quer Boniquet, Joan Carles, P-176, P-177, P-199
Quesada Vázquez, Noé, P-189
Quezada Pacheco, Roberto Henry, P-179

R

Rabago Torre, Luis, P-038, P-039
Raga, Agnes, CE-07, P-022
Ramírez De La Piscina Urraca, Patricia, P-076, P-134
Ramos Lora, Manuel, P-073
Ramos Zabala, Felipe, CO-14, CE-12, V-02
Rebolledo Olmedo, Susana, P-124
Redondo, Susana, CO-23
Redondo Cerezo, Eduardo, P-184
Relea, Lucía, P-127
Reolid Escribano, Maria, P-185
Repiso Ortega, Alejandro, P-196
Revilla Morato, Cristina, CE-26, P-077, P-084, P-103, P-113
Rey Arizkuren, Maite, P-040

Rey Diaz-Rubio, Enrique, CE-19, CE-21, P-035, P-048, P-087
Rey Sanz, Rafael, P-129
Riera Oliver, Joan, CE-17, P-071
Riesco López, José María, CO-03, P-061, P-122, P-198
Rincón, Diego, P-036
Rincón Fuentes, José Pablo, P-115, P-125, P-168
Rincón Gatica, Adalberto, CO-11, P-001, P-013, P-015,P-024, P-032, P-154, P-155, P-165, P-171
Ríos Vives, Miguel Ángel, P-161
Riu, Faust, CO-04, CO-20, CO-28, CE-07, CE-09, P-022
Rivas, Laura, CO-29, CE-10, V-13
Rivas Fidalgo, Sonia, P-149
Rivero Fernández, Miguel, CO-03, P-061, P-122, P-198
Rivero Tirado, Montserrat, P-136
Rizo Pascual, Juana, CO-03, P-061
Roales Gomez, Valentin, P-049
Rocha, Astrid, CO-06
Rodrigo Agudo, José Luis, CO-30
Rodríguez, Iago, CO-06
Rodríguez, Salvador, P-024
Rodríguez Alcalde, Daniel, CE-02
Rodríguez De Santiago, Enrique, CO-08
Rodríguez García, M, P-195
Rodríguez Gil, Francisco Javier, P-151
Rodríguez Lozano, Francisco Javier, P-072
Rodríguez Muñoz, Sarbelio, CO-01, CE-02, CE-22, P-021, P-025, P-027, P-089, P-096, P-097, P-098, P-152, P-162, P-193, P-205, V-10
Rodríguez Peláez, M, P-195
Rodríguez Pérez, Antonio, CE-26, P-062, P-077, P-084, P-103, P-113, P-180
Rodríguez Prada, José Ignacio, P-108, P-188
Rodríguez Ramos, Claudio, P-178
Rodríguez Sauceda, Alfonso, P-003
Rodríguez Téllez, Manuel, CO-02, P-037, P-054
Rojas Mercedes, Norberto, P-032
Rojas Zuasti, Raquel, P-040
Román Llorente, Francisco Javier, P-157
Romero, Mario, P-036
Romero Cara, Patricia, P-028, P-075, P-125, P-148
Romero Castro, Rafael, P-037, P-179
Romero Castro, Rafael, P-187
Romero Gómez, Manuel, P-042, P-118, P-121
Romero Mosquera, Beatriz, P-108, P-188
Romero Rodríguez, Esperanza, P-175, P-191, P-192
Romero Romero, Esteban, CE-22, P-193
Romero Vázquez, Javier, P-187
Roncero Gª-Escribano, Óscar, P-175, P-191, P-192
Ros Martín, Concepción, P-040
Rosales Alexander, Carmen Luz, P-004
Rosón Rodríguez, Pedro J, P-182
Ruano Díaz, Lucia, P-196
Rubio, Eduardo, P-027
Ruiz, Francisco, CE-04, P-169
Ruiz, Francisco, P-189
Ruiz Adrados, Beatriz, V-09
Ruíz Belmonte, Lara María, P-080
Ruiz Eguiluz, Pablo, P-056, P-092
Ruiz Fernández, Gloria, P-135
Ruiz Rebollo, Lourdes, P-081, P-094
Ruiz-Clavijo, David, CE-20, CO-07, CO-17, P-009, V-01, V-07, V-08
Rull Murillo, Nuria, CE-17, P-071
Ruz Segura, Isabel, P-106, P-102

S

Sáenz López, Sonia, CE-22, P-203
Sáinz, Sergio, P-006, P-052
Sainza Caballero, Elisabeth, CE-15, CE-16, CE-20, P-116, V-08
Saiz-Pardo Sanz, Melchor, P-198
Salas, Clara, P-107
Salas, Isabel, P-012
Saldaña, Cristina, CE-15, CE-16, CE-20

Salord, Silvia, CE-10, CE-23, CO-23, CO-29, P-186, P-190
Sampson, Jaime, P-005
San José Briz, Arancha, P-060
San Juan Acosta, Mileidis, P-026, P-083
San Millán Tejado, Beatriz, P-188
Sánchez, Cristina, P-005
Sánchez, Fernando, P-203, P-205
Sánchez, Lia Tamar, CE-14, CE-23
Sánchez Ceballos, Francisco Luis, CE-19
Sánchez Da Silva, Marta, P-124
Sánchez Fernández, Ramón, P-088
Sánchez Garrido, Ana, CE-26, P-084
Sanchez Gómez, Fernando, P-025, P-152, P-162, V-10
Sánchez Margallo, Francisco, P-003
Sánchez Paton, Arantxa, P-134
Sánchez Pernaute, Andrés, P-048
Sánchez Rodríguez, Joaquín, P-030
Sánchez Salido, Lia-Tamar, P-190
Sánchez Santacruz, Yurami Leonor, P-025
Sánchez Torres, Antonio, CE-28
Sánchez Velasco, Eduardo, P-079, P-100, P-131
Sánchez Yague, Andrés, CO-13
Sánchez- Fayos, Paloma, P-020, P-058, P-149
Sánchez-Manjavacas Muñoz, Natividad, P-175, P-191, P-192
Sánchez-Margallo, Francisco Miguel, CO-01
Sánchez-Movilla, Arsenio, P-107
Sánchez-Ocaña, Ramón, CO-10, CO-16, CO-24, P-041, P-067, P-163, P-164, P-200, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15
Sanchiz, Vicente, CE-24, P-194
Sanjuan Acosta, Mileidis, CE-08
Santander, Cecilio, CO-01
Santiago, José, CO-27, P-014
Santos, Martin, CO-27, P-014
Santos Rodríguez, Andrés, P-030, P-065, P-090, P-120
Santos Santamaría, Laura, P-162, P-205
Santos Santamarta, Fernando, CO-10, CO-24, P-041, P-163, P-164, P-200, P-206, V-03, V-04, V-09, V-11, V-15, P-067
Sanzol, Resureccion, P-190
Sargatal, Luisa, P-145
Sastre Lozano, Violeta, P-028, P-029, P-057, P-075, P-104, P-123, P-133, P-148, P-150, P-153, P-168, P-141
Satorres Paniagua, Carla, CE-27
Scaletti Cárdenas, Silvana, P-020, P-149, P-204
Secanella, Lluis, CO-23
Seoane, Agustín, CE-07, CE-09, CO-04, CO-20, CO-28, P-022,
Serrano, Lorena, P-122
Serrano, Teresa, P-186
Serrano Jiménez, Andrés, P-079, P-095, P-159, P-100, P-140
Serrano Ladrón De Guevara, Soledad, P-028, P-115, P-123, P-125, P-168, P-141
Serrano López, Carmen, P-034, P-043
Serrano Navarro, Juana María, P-147
Serrano Ruiz, Francisco Javier, P-105
Sevilla Cáceres, Laura, P-028, P-029, P-057, P-075, P-104, P-123, P-133, P-148, P-150, P-153, P-168
Sevilla Mantilla, Concepción, CE-19
Sevilla Ribota, Sergio, P-045
Shanabo, Jamal, CO-30
Sierra, Eva, P-085
Sierra Hernández, Ángel, P-068, P-144
Smarrelli, Antonella, CO-15
Sobrino Rodríguez, Salvador, CO-11, P-001, P-013, P-015, P-154, P-165, P-171
Sopeña, Julia, P-176, P-177, P-199
Soria Gálvez, Federico, CO-01, P-003
Sosa De La Nuez, Víctor, P-068, P-144
Soto Iglesias, Santiago, CO-14
Spiçakova, Katerina, P-076, P-134
Suárez Ferrer, Cristina Julia, P-063
Suárez Gil, Mario, P-003
Suárez González, A, P-195
Suárez Parga, José Manuel, P-047, P-129, P-135
Subtil, José Carlos, P-170
Sueiras, Albert, P-119

T

Tafur Sánchez, Carla, P-081, P-082
Tahiri, Mohamed, P-016, P-017, P-018, P-110
Talavera Eguizabal, Pablo, P-048
Talavera Fabuel, Aurora, P-064, P-073
Tavío Hernández, Eduardo, CO-08
Tébar, Emilia, P-175, P-191, P-192
Tejero Bustos, Mª Ángeles, P-175, P-191
Téllez Villajos, Luis, P-011
Tendillo, Francisco, CO-27
Terán Lantarón, Álvaro, CO-26, P-010, P-055, P-138, P-173
Torregrosa Lloret, María, P-028, P-029, P-057, P-075, P-104, P-115, P-123, P-125, P-133, P-148, P-150, P-153, P-168, P-141
Torrella Cortés, Emilio, CO-30
Torres, Soraya, CO-06
Tortajada Laureiro, Lucía, P-047
Toscano Castilla, Elena, P-182
Trigo Salado, Claudio, P-032
Trueba, Javier, CO-16
Trugeda Carrera, Maria Soledad, P-055, P-173

U

Ubeda, Margarita, P-184
Udaondo, Maria Antonia, CO-16
Umaña Mejía, J.r, P-062, P-077, P-103, P-113, P-180
Uribarrena Amezaga, Rafael, P-080, P-085
Urman, Jesús, CE-16, CE-20, CO-07, P-009
Urtasun, Leire, CE-25, P-076, P-134
Usón García, Jesús, P-003

V

Val Pérez, José, P-080, P-085
Valdivielso, Eduardo, CO-07, CO-17, CE-15, CE-16, CE-20, P-116, P-137, V-01, V-08
Valiente González, Laura, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202
Vallecillo, María Antonia, CO-24, P-200
Vallejo, Nicolás, V-01, V-08
Vaquero, Luis, P-023, P-167
Vara Brenes, Daniel, P-101
Varela, Andrés, P-058, P-204
Varela Trastoy, Pilar, P-157
Vargas, Alba, CO-25, P-109, P-146, V-05
Vázquez, Paula, P-204
Vázquez Pedreño, Luis, P-007, P-160
Vázquez Rodríguez, Sergio, P-108
Vázquez Sequeiros, Enrique, CO-08, CO-13
Vega López, Ana Belén, P-119
Velasco Guardado, Antonio, P-062, P-077, P-103
Velayos, Benito, CO-16, P-081, P-082, P-094
Vera, Maribel, P-034, P-127, P-128
Vesperinas, Gregorio, P-047
Vicente López, Jaime, P-125, P-133, P-168
Vidal Plana, Lluis, CO-15
Vidarte García, Mª Rosario, P-040
Viejo Almanzor, Alejandro, P-143, P-178
Vila, Juan J, CO-07, CO-17, CE-03, CE-16, CE-20, P-009, P-137, P-155, V-01, V-08
Vila Lolo, Carmen, P-044
Vilella Martorell, Angels, CE-17, P-051, P-071, V-16
Villa, Carlos, CE-13
Villafruela Cives, Monica, P-201
Villagrasa, Rosa Ana, CE-24
Villaverde, Joana, P-119
Viñuelas Chicano, Miriam, CO-18, P-069, P-142, P-156, P-202

Y

Yeste, Carmen, P-109

Z

Zaballa, P, P-195
Zacarías, Laisy, P-139
Zaera De La Fuente, Celia, P-011
Zaffalon, Diana, CO-04, CO-20, CE-07, P-022
Zamora Nava, Luis Eduardo, CO-30
Zarataín Vallés, Ana, P-035, P-087
Zozaya, José Manuel, CE-15
Zozaya Laregui, Francisco Javier, CE-25, P-076, P-134
Zugasti Gotchalk, Carlos Manuel, P-176, P-177, P-199
Zuñiga Ripa, Alba, V-07

CitraFleet®

FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO:

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: CitraFleet, Polvo para solución oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada sobre (15,08 g) contiene los siguientes principios activos: Picosulfato sódico 10,0 mg; Óxido de magnesio ligero 3,5 g; Ácido cítrico anhidro 10,97 g. Cada sobre también contiene: 5 mmol (o 195 mg) de potasio (ver sección 4.4). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Polvo para solución oral. Polvo cristalino blanco con sabor a limón. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Para la evacuación intestinal previa a cualquier procedimiento diagnóstico en el que se requiera un intestino limpio, p.ej., colonoscopia o exploración radiológica. **4.2 Posología y forma de administración:** *Vía de administración:* Oral. Se recomienda tomar una dieta baja en residuos el día antes de la realización del procedimiento en el hospital. Para evitar la deshidratación durante el tratamiento con CitraFleet, se recomienda tomar agua u otro líquido claro, aproximadamente 250 ml por hora, mientras persista el efecto de evacuación. *Instrucciones de reconstitución:* Ver sección 6.6. *Adultos mayores de 18 años (incluidas las personas ancianas):* Un sobre reconstituido en agua tal como se indica, tomado antes de las 8.00 de la mañana el día anterior al procedimiento. El segundo sobre debe tomarse de 6 a 8 horas más tarde. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de los ingredientes del producto, insuficiencia cardíaca congestiva, deshidratación grave, hipermagnesemia, retención gástrica, ulceración gastrointestinal, colitis tóxica, megacolon tóxico, íleo, náuseas y vómitos, ascitis, procesos abdominales quirúrgicos agudos tales como apendicitis aguda y obstrucción o perforación gastrointestinal conocida o sospechada. No usar en pacientes con rabdomiolisis ya que los laxantes pueden inducir esta afección y pueden por lo tanto exacerbarla. No usar en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria activa, p.ej., enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa. En pacientes con una función renal gravemente reducida, puede producirse acumulación de magnesio en plasma. En dichos casos deberá usarse otro preparado. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** CitraFleet no debe usarse como un laxante de rutina. En raras ocasiones, CitraFleet podría conducir a casos graves y potencialmente mortales de alteraciones electrolíticas en pacientes ancianos debilitados. Por consiguiente, es necesario valorar cuidadosamente la relación beneficio/riesgo de CitraFleet antes de iniciar el tratamiento en esta población de riesgo. Debe prestarse especial atención cuando se prescriba CitraFleet a cualquier paciente en relación con las contraindicaciones conocidas y la importancia de mantener una hidratación adecuada y, en las poblaciones de riesgo (según se define a continuación), también a la importancia de obtener los niveles de electrolitos antes y después del tratamiento. Es posible que los pacientes ancianos y debilitados, así como los pacientes en riesgo de hipopotasemia o hiponatremia, necesiten de atención especial. CitraFleet deberá usarse con precaución en pacientes con trastornos conocidos del equilibrio hidroelectrolítico o con medicamentos que pudieran afectar al mismo, p.ej., diuréticos, corticosteroides, litio (ver sección 4.5). También deberá tenerse cuidado en pacientes a los que se le haya realizado recientemente cirugía gastrointestinal o que tengan insuficiencia renal, deshidratación leve a moderada, hipotensión o cardiopatía. El periodo de evacuación intestinal no debe exceder de 24 horas debido a que una preparación más prolongada podría aumentar el riesgo de un desequilibrio hídrico y de electrolitos. CitraFleet puede modificar la absorción de los medicamentos orales recetados con regularidad y deberá usarse con precaución, p.ej., se han comunicado casos aislados de convulsiones en pacientes recibiendo antiepilépticos, con epilepsia previamente controlada (ver sección 4.5 y 4.8). Este medicamento contiene 5 mmol (ó 195 mg) de potasio por sobre, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con insuficiencia renal o en pacientes con dietas pobres en potasio. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Como purgante, CitraFleet aumenta la velocidad del tránsito gastrointestinal. Por lo tanto, la absorción de otros medicamentos administrados por vía oral (p.ej., antiepilépticos, anticonceptivos, antidiabéticos, antibióticos) puede verse modificada durante el período de tratamiento (ver sección 4.4). Los antibióticos tetracíclina y fluoroquinolona, y penicilamina, deberán tomarse al menos 2 horas antes y no menos de 6 horas después de la administración de CitraFleet para evitar la quelación con el magnesio. La eficacia de CitraFleet se ve disminuida por los laxantes incrementadores de volumen. Deberá tenerse cuidado con pacientes que ya estén recibiendo medicamentos que puedan estar asociados con hipopotasemia (tales como diuréticos o corticosteroides, o medicamentos en los que la hipopotasemia suponga un riesgo especial, tales como los glucósidos cardiacos). Asimismo se aconseja precaución cuando CitraFleet se use en pacientes tomando AINEs o medicamentos que se sabe que inducen el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), p.ej., antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antipsicóticos y carbamazepina, ya que estos medicamentos pueden aumentar el riesgo de retención de agua y/o desequilibrio electrolítico. **4.6 Embarazo y lactancia:** No se dispone de datos clínicos relacionados con embarazos de riesgo ni toxicidad reproductiva para CitraFleet. Debido a que el picosulfato es un laxante estimulante, como medida de seguridad, es preferible evitar el uso de CitraFleet durante el embarazo. No se tiene experiencia con el uso de CitraFleet en madres lactantes. Sin embargo, debido a las propiedades farmacocinéticas de los principios activos, puede considerarse el tratamiento con CitraFleet en mujeres lactantes. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** CitraFleet puede causar fatiga o mareos, probablemente como consecuencia de la deshidratación, y esto podría tener un efecto leve o moderado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas:** Los acontecimientos adversos más frecuentes comunicados en los ensayos clínicos usando la combinación de picosulfato sódico y citrato de magnesio estuvieron relacionados con los efectos directos en el intestino (dolor abdominal y náuseas) y las consecuencias de la diarrea y la deshidratación (trastorno del sueño, sequedad de la boca, sed, dolor de cabeza y fatiga). Según la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA, se presentan a continuación las reacciones adversas usando la siguiente clasificación de frecuencia: muy frecuentes (≥ 1/10); frecuentes (≥ 1/100, < 1/10); poco frecuentes (≥ 1/1.000, < 1/100). Los cálculos de frecuencia se basan en datos procedentes del análisis de estudios clínicos. Las reacciones adversas que no fueron comunicadas en estos ensayos clínicos se describen como "Frecuencia desconocida". *Trastornos del sistema inmunológico.* Frecuencia desconocida: Reacción anafilactoide, hipersensibilidad. *Trastornos del metabolismo y de la nutrición.* Frecuencia desconocida: Hiponatremia. *Trastornos psiquiátricos.* Frecuentes: Trastornos del sueño. *Trastornos del sistema nervioso.* Frecuentes: Dolor de cabeza. Poco frecuentes: Mareos. Frecuencia desconocida: Epilepsia, convulsión de "gran mal", convulsiones, estado de confusión. *Trastornos vasculares.* Poco frecuentes: Hipotensión ortostática. *Trastornos gastrointestinales.* Muy frecuentes: Dolor abdominal. Frecuentes: Sequedad de boca, náuseas, distensión abdominal, molestia anal, proctalgia. Poco frecuentes: Vómitos, incontinencia fecal. Frecuencia desconocida: Diarrea*, flatulencia. *La diarrea es el efecto clínico primario de CitraFleet. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.* Frecuencia desconocida: Exantema (incluida erupción eritematosa y maculopapular), urticaria, prurito, púrpura. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.* Frecuentes: Sed, fatiga. Frecuencia desconocida: Dolor. Se ha comunicado hiponatremia con o sin convulsiones asociadas (ver sección 4.4). En pacientes epilépticos, ha habido notificaciones de crisis epilépticas, tipo "gran mal" sin hiponatremia asociada (ver sección 4.4 y 4.5). **4.9 Sobredosis:** No se han notificado casos de sobredosis con CitraFleet, o combinaciones similares de picosulfato sódico y citrato de magnesio. Sin embargo, debido a sus modos de acción, se esperaría que una sobredosis de CitraFleet provocara diarrea profusa con deshidratación y pérdida de electrolitos. La deshidratación podría también causar hipotensión ortostática y mareos. La deshidratación y los desequilibrios electrolíticos deberán corregirse con líquidos y electrolitos según sea necesario. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: Picosulfato sódico, combinaciones, código ATC: A06A B58. Los principios activos de CitraFleet son el picosulfato de sodio, un catártico estimulante, activo localmente en el colon, y el citrato de magnesio que actúa como un laxante osmótico ejerciendo un efecto de retención de agua en el colon. La acción es por tanto la de un efecto combinado de "evacuación" potente junto con una estimulación peristáltica para vaciar el intestino previamente a una radiografía, colonoscopia o cirugía. El producto no está indicado para uso como un laxante de rutina. **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** Ambos principios activos actúan localmente en el colon, y ninguno de los dos se absorbe en cantidades detectables. En pacientes con función renal gravemente reducida, puede presentarse acumulación de magnesio en plasma. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de desarrollo prenatal en ratas y conejos no revelaron ningún potencial teratogénico tras la administración por vía oral de picosulfato sódico hasta 100 mg/kg/d, pero se había observado embriotoxicidad en ambas especies a este nivel de dosis. En ratas las dosis diarias de 10 mg/kg durante las fases finales de la gestación (desarrollo fetal) y la lactancia redujeron los pesos corporales y la supervivencia de las crías. La fertilidad de macho y hembra no se vio afectada por dosis orales de picosulfato sódico de hasta 100 mg/kg. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** Hidrogenocarbonato de potasio, Sacarina sódica, Aroma de limón (aroma de limón, maltodextrina, tocoferol E307). **6.2 Incompatibilidades:** No procede. **6.3 Periodo de validez:** Sobres sin abrir: 30 meses. Usar inmediatamente después de la reconstitución. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** El polvo se suministra en sobres de dosis unitaria que contienen 15,08 g. Los sobres se envasan en cajas de 2, 100, 500 y 1000 sobres o de 50 y 200 sobres (envase clínico). El sobre es un complejo formado por una capa de poliéster, una capa intermedia de aluminio y una capa interna de polietileno. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** *Instrucciones de reconstitución:* Reconstituir el contenido de un sobre en una taza de agua (aproximadamente 150 ml). La solución resultante aparece turbia. Agitar durante 2-3 minutos y beber la solución. Si se calienta, esperar hasta que se enfríe lo suficiente para beberla. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios Casen-Fleet S.L.U. Autovía de Logroño Km 13.300. 50180 UTEBO. Zaragoza. España. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 69539. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Enero de 2008. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Junio de 2010. "Medicamento sujeto a prescripción médica".

CASEN RECORDATI
GROUP
www.casenrecordati.es

CitraFleet®

UN CONCEPTO RACIONAL
DE PREPARACIÓN INTESTINAL

CASEN RECORDATI
GROUP
www.casenrecordati.es