

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DEL USO DE PROPOFOL PARA LA SEDACIÓN SUPERFICIAL EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

Jurado Hernández, Alicia María; Fuentes, Eliana Rocío; Ángel Rey, Jose Manuel; Llamaza Torres, Camilo Julio; Sevilla Cáceres, Laura; García Paredes, Rocío, Garre Urrea, Almudena Alicia; Martínez Giménez, Teresa

OBJETIVOS:

Partiendo de la sedación superficial con propofol en endoscopia digestiva desde mayo 2010 hasta agosto de 2016 en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, se analiza con fines estadísticos:

- 1.- Tipo de exploraciones endoscópicas –digestiva alta o baja - en que se utiliza más este tipo de sedación.
- 2.- Tasa de eventos adversos atribuidos a la sedación dependiendo del fármaco utilizado: propofol en monoterapia frente propofol asociado con midazolam.

MATERIAL Y METODOS: Todas las exploraciones realizadas por la Unidad de Digestivo del citado Hospital se registran en un formulario del programa “Selene”, donde además de reflejar el tipo de exploración, se anota si se ha realizado sedación, de qué tipo, las drogas administradas, así como las complicaciones observadas durante las exploraciones (bradicardia: frecuencia cardiaca menos de 50 latidos por minuto; desaturación: saturación de oxígeno menos de 86%; hipotensión; parada cardiorrespiratoria; parada respiratoria). La sedación superficial en nuestro Centro es administrada por la enfermera de endoscopias en pacientes monitorizados. Pacientes vigilados tanto por el facultativo que hace la exploración, como por enfermera y auxiliar de endoscopias entrenadas previamente en cursos de RCP avanzada.

RESULTADOS: De las 17.204 exploraciones realizadas en el periodo de referencia 15.324 (89,07 % de los casos) se aplicó el propofol para la sedación como fármaco principal, con los siguientes resultados: - Colonoscopias: 10.087 (65,80 %) vs Gastroscopias: 5.237 (34,20%)

- Aplicado en monoterapia: 14.388 (93,90%) vs asociado con midazolam: 936 (6,10%)
- Complicaciones totales de la exploración: 2,55 % (391 pacientes)
- Complicaciones de propofol en monoterapia: 2,00% en 9.697 colonoscopias, 3,60% en 4.691 gastroscopias.
- Complicaciones de propofol asociado con midazolam: 2,60% en 390 colonoscopias, 3,30% en 546 gastroscopias. Todas las complicaciones observadas fueron resueltas.

CONCLUSIONES:

- 1º.- Este fármaco se usa mayoritariamente en los regímenes de sedación superficial.
- 2º.- Su aplicación es mayor en colonoscopias que en gastroscopias.
- 3º.- Su aplicación asociada a midazolam es mayor en gastroscopias que en colonoscopias.
- 4º.- La tasa de complicaciones en monoterapia para la endoscopia digestiva baja es muy baja.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA PRACTICA HABITUAL EN LA SEDACIÓN. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL RAFAEL MENDEZ DE LORCA

Jurado Hernández, Alicia María; Ángel Rey, Jose Manuel; Llamaza Torres, Camilo Julio; Fuentes, Eliana Rocío; Sevilla Cáceres, Laura; García Paredes, Rocío, Garre Urrea, Almudena Alicia; Martínez Giménez, Teresa Hospital Rafael Méndez de Lorca

OBJETIVOS: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la práctica habitual de sedación en la unidad de endoscopia digestiva del Hospital Rafael Méndez de Lorca desde 2010 hasta 2016 analizando:

1. Número de exploraciones registradas, base del estudio
2. Tipo de endoscopia realizada, si es alta o baja, si se ha administrado o no sedación; así como naturaleza de la sedación en su caso practicada: sedación superficial aplicada por el propio personal de endoscopias, o sedación profunda administrada por un médico especialista en intensivistas o anestesiata.
3. Tipo de fármaco, o régimen de drogas se administra en la sedación superficial que realizada.

MATERIAL Y METODOS: Todas las exploraciones realizadas por la Unidad de Digestivo del Hospital Rafael Méndez de Lorca son registradas en un formulario del programa Seline, donde además de reflejar el tipo de exploración, se anota si se ha realizado sedación, de que tipo, las drogas administradas, así como las complicaciones observadas durante las exploraciones (bradicardia : frecuencia cardiaca menos de 50 latidos por minuto, desaturación: Saturación de oxígeno menos de 86%, hipotensión, parada cardiorrespiratoria, parada respiratoria). La sedación superficial en nuestro centro es administrada por la enfermera de endoscopias, en pacientes monitorizados, y vigilados tanto por el facultativo que hace la exploración, como por enfermera y auxiliar de endoscopias entrenadas previamente en cursos de RCP avanzada.

RESULTADOS:

1. De las 24.307 endoscopias registradas 13.953 (57,7%) fueron endoscopias digestivas bajas (colonoscopias), y 10.354 (42,3%) endoscopias digestivas altas (gastroscopias).
2. Según el tipo de sedación a la que los pacientes fueron sometidos: (1) No se aplicó medicación en 5.993 exploraciones (24%), (2) recibieron sedación profunda por anestesiata /UCI 1.110 (4,6%), (3) el resto, 17.204 endoscopias (70,80%), con sedación superficial.
3. Los fármacos usados para la sedación superficial fueron el Midazolam en 1.775 casos (10,38%), y propofol en 15.324 endoscopias (89,6%).

CONCLUSIONES:

1. La mayoría de los pacientes a los que se practica endoscopia digestiva – 95,40% --- se les aplica sedación en la propia unidad, por el personal de endoscopias. La sedación profunda se lleva a cabo en un porcentaje pequeño de pacientes.
2. En nuestra unidad usamos de forma predominante para la sedación superficial regímenes basados en la administración de propofol – 89,60% ---, aplicando para el resto de casos midazolam.

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DEL USO DE MIDAZOLAM PARA LA SEDACIÓN SUPERFICIAL EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

Jurado Hernández, Alicia María; Llamaza Torres, Camilo Julio; Ángel Rey, Jose Manuel; Fuentes, Eliana Rocío; Sevilla Cáceres, Laura; García Paredes, Rocío, Garre Urrea, Almudena Alicia; Martínez Giménez, Teresa

OBJETIVOS: Partiendo de la sedación superficial con midazolam en endoscopias digestivas desde mayo 2010 hasta agosto de 2016 en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, se analiza con fines estadísticos:

- 1.- Tipo de exploraciones endoscópicas –digestiva alta o baja - en que se utiliza mas este tipo de sedación.
- 2.- Tasa de eventos adversos atribuidos a la sedación dependiendo del fármaco utilizado: midazolam en monoterapia frente midazolam asociado con fentanilo.

MATERIAL Y METODOS: Todas las exploraciones realizadas por la Unidad de Digestivo del citado Hospital se registran en un formulario del programa “Seline”, donde además de reflejar el tipo de exploración, se anota si se ha realizado sedación, de qué tipo, las drogas administradas, así como las complicaciones observadas durante las exploraciones (bradicardia : frecuencia cardiaca menos de 50 latidos por minuto; desaturación: saturación de oxígeno menos de 86%; hipotensión; parada cardiorrespiratoria; parada respiratoria). La sedación superficial en nuestro Centro es administrada por la enfermera de endoscopias en pacientes monitorizados. Pacientes vigilados tanto por el facultativo que hace la exploración, como por enfermera y auxiliar de endoscopias entrenadas previamente en cursos de RCP avanzada.

RESULTADOS: De las 17.204 exploraciones realizadas en el periodo de referencia 1775 se aplicó el midazolam para la sedación como fármaco principal, con los siguientes resultados:

- Colonoscopias: 1.460 (82,30%) vs Gastroscopias: 315 (17,70%)
- Aplicado en monoterapia: 1.451 (81,70%) vs asociado con fentanilo: 324 (18,30%)
- Complicaciones totales de la exploración: 4,70%.
- Complicaciones de midazolam en monoterapia: 3,30% en 1.254 colonoscopias , 3,10% en 196 gastroscopias.
- Complicaciones de midazolam asociado con fentanilo; 16,01% en 206 colonoscopias, 1,69% en 118 gastroscopias.

CONCLUSIONES:

- 1º.- Este fármaco se usa minoritariamente en los regímenes de sedación superficial.
- 2º.- Su aplicación es mayor en colonoscopias que en gastroscopias.
- 3º.- La tasa de complicaciones aumenta cuando se aplica asociado con fentanilo.

ADENOCARCINOMA DE YEYUNO ESTENOSANTE

Autores:

Fernández Llamas, Tania. Sánchez Velasco, Eduardo. Jijón Crespín, Roxanna. Egea Valenzuela, Juan. Estrella Díez, Esther. Tomás Pujante, Paula. García Marín, Ana Victoria. Iglesias Jorquera, Elena. Alajarín Cervera, Miriam. Álvarez Higuera, Francisco Javier.

Resumen: Se presenta un caso de neoplasia yeyunal que debutó con clínica obstructiva. En el momento del diagnóstico el pronóstico fue pobre pues la enfermedad se encontraba en estadio avanzado.

Palabra clave: adenocarcinoma yeyuno, obstrucción.

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias malignas de intestino delgado representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales y el 0.1-0.3% de todas las neoplasias malignas. Desde el año 2000, la prevalencia de los tumores carcinoides (44%) superó a los adenocarcinomas (33%), los tumores del estroma y linfomas han permanecido estables (17% y 8%, respectivamente).

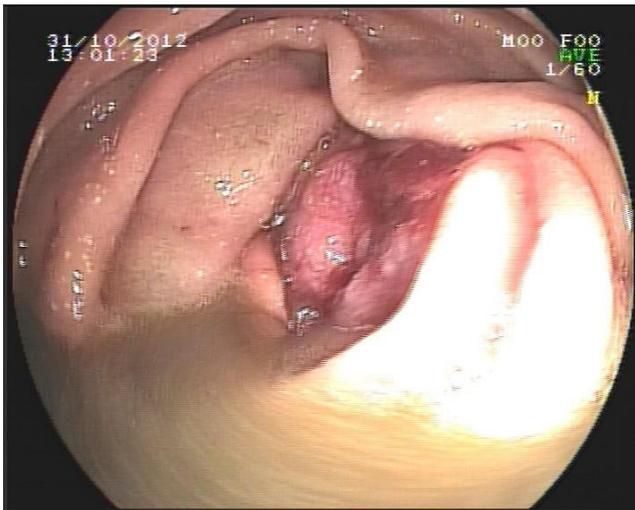
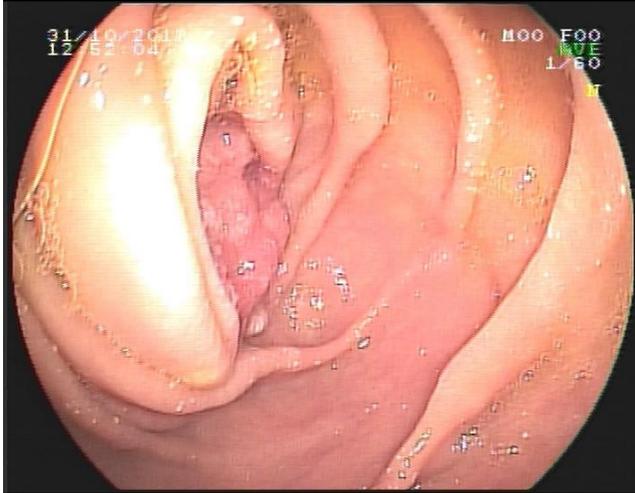
CASO CLÍNICO:

Mujer de 58 años acude a urgencias por vómitos tras ingestas con pérdida de peso y dolor abdominal. Se decidió ingreso para estudio. Durante su estancia se realizó ecografía abdominal objetivándose distensión gástrica. En la gastroscopia y colonoscopia no se evidenciaron lesiones que justificaran la clínica, por tanto, se decidió realizar enteroscopia alta revelándose la existencia de lesión neoplásica en cuarta porción de duodeno-yeyuno proximal que abarcaba la totalidad de la circunferencia estenosando la luz. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de intestino delgado en estadio IIIB. Se realizó PET-TAC objetivándose varios nódulos hepáticos metastásicos. Tras un mes la paciente presentó deterioro clínico, falleciendo.

DISCUSIÓN:

Las neoplasias malignas de intestino delgado son poco frecuentes, la incidencia va en aumento debido a avances en el diagnóstico por imagen y aumento de la incidencia de los tumores carcinoides. Los pacientes con tumores de intestino delgado tienen mayor incidencia de tumores malignos secundarios en colon, recto, ampolla de Vater, endometrio y ovario. Por el contrario, los pacientes con adenocarcinoma de colon tienen un riesgo incrementado de adenocarcinoma del intestino delgado.

La edad media del diagnóstico de neoplasia del intestino delgado es 65 años. La clínica del adenocarcinoma es inespecífica, el síntoma más frecuente es el dolor abdominal (43%) seguido de náuseas y vómitos (16%). Los vómitos se presentan en caso de obstrucción. Debido a la vaguedad de los síntomas, la mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico presenta enfermedad avanzada (estadio III o IV).



EXPERIENCIA CON EL USO DE VEDOLIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martín Romero, M; García Marín, AV; Navarro Rodríguez, M; Antón Ródenas, G; Sánchez Torres, A.

OBJETIVOS:

Describir características clínicas, tolerancia y complicaciones inmediatas en pacientes en los que se ha iniciado tratamiento con Vedolizumab en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de 16 pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa, en los que tras fracasar diferentes terapias se decidió iniciar tratamiento con Vedolizumab entre septiembre 2015 y octubre 2016, en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se analizaron diferentes parámetros como reingresos, nuevos brotes, efectos adversos y evolución.

RESULTADOS:

Se incluyeron 16 pacientes, 7 hombres y 9 mujeres con edad media de 32.875 años, diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) moderada-severa con mala respuesta o intolerancia al tratamiento convencional. En todos ellos se inició Vedolizumab al menos como tercera línea de tratamiento. Se produjeron 8 ingresos hospitalarios de los cuales 6 se debieron a patología digestiva y tan solo 2 fueron catalogados como nuevo brote de enfermedad. En 1 caso (6.25%) se produjo reacción infusional suspendiéndose el fármaco. Otra reacción adversa que no requirió ingreso consistió en parestesias faciales autolimitadas. Además, en 2 casos (12.5%) se decidió su suspensión por falta de eficacia. En 7 pacientes (43.75%) no se produjo ningún ingreso ni efecto secundario. Por último, de los 14 pacientes que eran corticodependientes fue posible la retirada en 3 casos (21.43%).

DISCUSIÓN:

Vedolizumab es una nueva alternativa terapéutica para pacientes con EII moderada-grave y pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento convencional. Actúa a nivel intestinal inhibiendo la integrina $\alpha4\beta7$, al contrario que los tratamientos biológicos aprobados hasta ahora, que actúan a nivel sistémico inhibiendo el TNF- α . Debido a su reciente aprobación en nuestro país, la experiencia con este fármaco es todavía escasa, por ello resulta fundamental analizar su rentabilidad, eficacia y efectos adversos.

CONCLUSIONES:

El tratamiento con Vedolizumab en los pacientes con EII de nuestro hospital parece no haber producido efectos secundarios graves, siendo necesaria su retirada tan solo en 1 de los 16 casos debido a reacción infusional. En solo 2 casos se ha decidido su retirada por falta de eficacia, mientras que en 3 casos ha permitido la suspensión del tratamiento corticoideo.

RARA CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN COLÓNICA EN EL ADULTO

Jijón Crespín, Roxanna; Alajarín Cervera, Miriam; Egea Valenzuela, Juan; Fernández Llamas, Tania; García Marín, Ana; Carrilero Zaragoza, Gabriel; García Pérez, Bartolomé; Estrella Diez, Esther; Iglesias Jorquera, Elena; Muñoz Tornero María; Alberca De Las Parras Fernando; Carballo Álvarez, Fernando. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La intususcepción es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica en el adulto. Los lipomas del colon son tumores benignos observados principalmente en ciego y colon ascendente. Sólo el 25 % desarrollan síntomas, incluyendo anemia, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, sangrado, obstrucción intestinal e intususcepción. Los lipomas mayores de 4 cm producen síntomas en alrededor del 75 % de los casos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años consultó por un cuadro diarreico con moco y sangre asociado a dolor abdominal de 1 semana de evolución. Previamente había consultado por episodios de estreñimiento. El TC abdominal evidenció una masa de aspecto polipoideo de unos 6-7 cm en ángulo esplénico del colon. Se realizó una colonoscopia, observando una lesión exofítica, pediculada y situada a nivel de ángulo esplénico ocupando la práctica totalidad de la luz. Se biopsió dicha lesión y se realizó marcaje con tinta china.

La paciente presentó empeoramiento clínico y fue intervenida quirúrgicamente de forma urgente, hallándose una invaginación de colon transverso secundaria a una tumoración obstructiva. Se realizó resección segmentaria de colon transverso y la anatomía patológica informó de un lipoma mural ulcerado sin evidencia de malignidad.

DISCUSIÓN

El 65% de los casos de intususcepción de colon en adultos están relacionados con etiología maligna y la mayoría de casos de intususcepción sigmoidorectal reportados son secundarios a malignidad subyacente. La incidencia de lipoma de colon oscila entre el 0,035 y 4,4%, y el pico se produce dentro de la quinta y sexta décadas, con mayor frecuencia en mujeres. Suele ser una lesión solitaria, siendo el 90% submucosos, localizados principalmente en el hemicolon derecho. Los lipomas submucosos del colon descendente y transverso, como en nuestro caso, son relativamente raros, mayormente observados en pacientes de edad avanzada y hay pocos casos descritos asociados con obstrucción e invaginación intestinal.

Los lipomas colónicos deberían considerarse en el diagnóstico diferencial en un adulto con invaginación intestinal, el TAC y la resonancia magnética siguen siendo los métodos de elección para el estudio de los lipomas abdominales. La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección conllevando a excelentes resultados.



DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE APENDICITIS AGUDA

Jijón Crespín, Roxanna; Iglesias Jorquera, Elena; Carrilero Zaragoza, Gabriel; Tomás Pujante, Paula; Fernández Llamas, Tania; García Marín, Ana Victoria; Egea Valenzuela, Juan; Estrella Diez, Esther; Álvarez Higuera, Francisco Javier; Antón Ródenas, Gonzalo; Muñoz Tornero, María; Ono Ono, Akiko.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

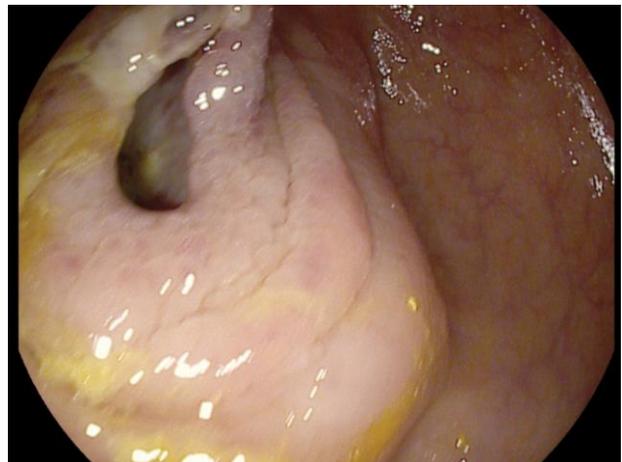
INTRODUCCIÓN:

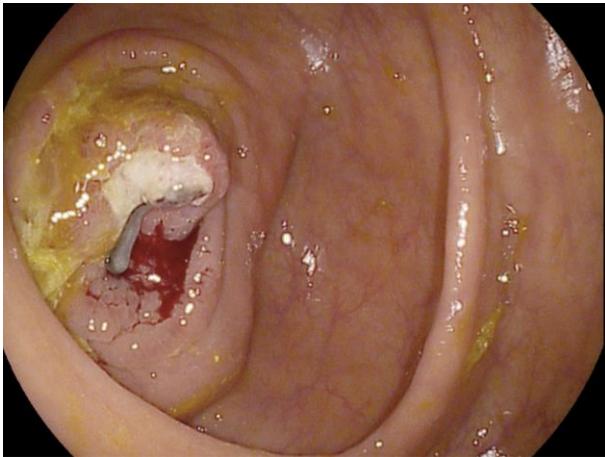
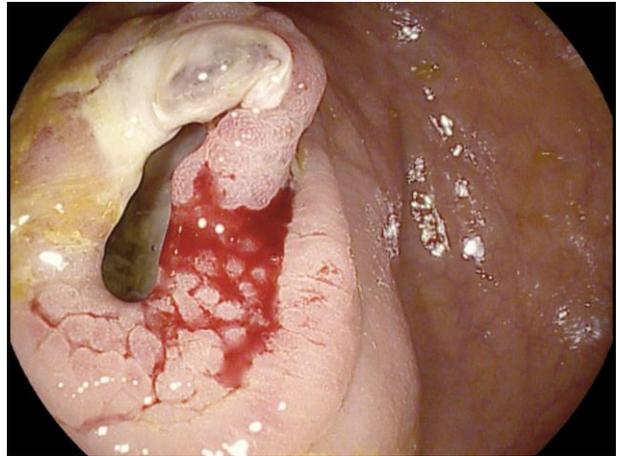
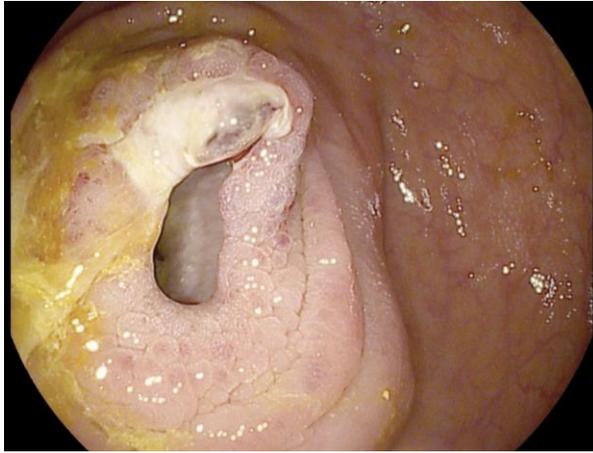
La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo. El diagnóstico se basa en criterios clínico-analíticos, apoyado a pruebas de imagen, principalmente ecografía y/o tomografía computarizada.

ENDOSCOPIA:

Mujer de 68 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, ingresa por cuadro de dolor abdominal difuso de 2 semanas, asociado a diarrea (2-3/día), sin productos patológicos y sin fiebre. Destacaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR 30, 30000 leucocitos). TAC abdominal informaba: engrosamiento parietal y dilatación distal del íleon, de 15mm de espesor máximo de pared, realce mucoso y edema submucoso. En colonoscopia se observa en fondo cecal ostium apendicular abierto, rodeado de tejido edematoso, violáceo, que permite ver fondo apendicular con tejido recubierto de abundante fibrina. Ecografía informaba de: Colección heterogénea en FID de unos 8x 2.7x 4 cm que limita lateralmente con ciego.

Con diagnóstico de absceso secundario a apendicitis aguda, tras comentarse con el Servicio de Cirugía General se decidió tratamiento expectante con antibiótico. Paciente evoluciona favorablemente clínica y analíticamente y tras 1 mes se realiza apendicectomía programada.





COMENTARIOS:

La colonoscopia clásicamente no indicada en el protocolo diagnóstico de la apendicitis aguda. Y aunque es algo excepcional, se han descrito algunos casos de apendicitis aguda en previamente sanos tras realización de una colonoscopia, probablemente secundarios a la introducción de material fecal en la luz del apéndice al insuflar aire en el ciego.

Los casos descritos diagnosticados durante colonoscopia corresponden a pacientes con presentaciones atípicas, con estudios previos no concluyentes o con sospecha de otras patologías, como en nuestro caso que inicialmente orientaba hacia una posible ileitis terminal.

En los últimos tiempos se han publicados casos de terapia retrógrada endoscópica apendicular (ERAT) como un procedimiento nuevo y mínimamente invasivo para el diagnóstico/tratamiento de la apendicitis aguda.

SIMULANDO ENFERMEDAD DE CROHN

Gómez Lozano, M; García Paredes, R; Gajownik, U; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; del Val Oliver, B; Serrano Díaz, L; Hernández Felices, FJ; García Belmonte, D; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás de Prado, I; Rodríguez Gil, F; García Albert, A; Martínez Crespo, JJ

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Introducción

El dolor en fosa iliaca derecha es frecuente en las consultas de urgencias siendo una entidad secundaria a múltiples etiologías, por lo que es de vital importancia la pericia clínica y las pruebas complementarias para un diagnóstico correcto, puesto que el manejo será distinto en cada caso.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 38 años sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de meses de evolución de dolor en fosa iliaca derecha con febrícula asociada y pérdida de 4 kilos de peso. La paciente refería empeoramiento clínico con la menstruación. Durante el ingreso se realiza TC de abdomen evidenciándose edema de pared en íleon terminal y escaso líquido libre en pelvis. Se completa estudio con colonoscopia donde se observa la válvula ileocecal y los últimos centímetros de íleon distal edematosos. Las biopsias informaron de infiltrado inflamatorio inespecífico. Con resto de estudio sin hallazgos y con sospecha de enfermedad de Crohn se inicia tratamiento médico sin mejoría, por lo que finalmente es intervenida quirúrgicamente hallándose un plastrón en el apéndice con resultado anatomopatológicos de endometriosis apendicular.

Conclusión

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Es una patología relativamente frecuente en mujeres jóvenes en edad fértil. No obstante, la afectación del tracto gastrointestinal es infrecuente y supone el 15% de los casos afectándose el recto-sigma, el apéndice y el íleon distal, por lo que puede imitar a la enfermedad de Crohn. La dificultad del diagnóstico diferencial se debe a la similitud clínica, radiológica e incluso a los hallazgos durante la cirugía, por lo que a veces solamente se llegará a él después del estudio anatomopatológico. Aunque la endometriosis apendicular suele ser asintomática se han descrito casos de presentación como apendicitis aguda, perforación intestinal, intususcepción y hemorragia digestiva, siendo el dolor crónico en FID una presentación excepcional.



COMPLICACIONES DE LA SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA HEPÁTICA

Gómez Lozano, M; García Paredes, R; Gajownik, U; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; del Val Oliver, B; Serrano Díaz, L; Martín Cascón, A; García Belmonte, D; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás de Prado, I; Rodríguez Gil, F; García Albert, A; Martínez Crespo, JJ

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN

La biopsia hepática percutánea ha sido una técnica fundamental en el diagnóstico de la hepatopatía y frecuentemente ha sido utilizada con fines pronósticos y para monitorizar la respuesta a determinados tratamientos. No obstante, ha sido relegada a un segundo plano por el auge de otras técnicas menos invasivas, aunque se sigue recurriendo a ella para el diagnóstico de hepatopatías de origen no conocido. En los últimos años la sedación con propofol en procedimientos endoscópicos ha mejorado la eficacia diagnóstica y terapéutica gracias a la mejor tolerancia del paciente, convirtiéndose en una parte fundamental de la endoscopia. La biopsia hepática, al ser una técnica no exenta de complicaciones, determina un alto grado de estrés en los pacientes que van a ser sometidos a la misma. Por ello se ha extrapolado la sedación a técnicas como esta.

MÉTODOS

Realizamos un análisis descriptivo de las complicaciones de la sedación con propofol por parte del personal médico de Digestivo en pacientes sometidos a biopsia hepática. Durante el proceso de la misma se monitoriza la tensión arterial, frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

RESULTADOS

Se realizaron 55 biopsias con sedación, sólo se incluiremos 29 por falta de datos. En total fueron 20 mujeres y 8 hombres. La edad media fue 50 años y el peso medio de 78 kg. De los 29 pacientes: 10 ASA I, 16 ASA II y 3 ASA III. La dosis media de propofol administrada fue de 192 mg.

Ningún paciente presentó bradicardia. Hubo tres desaturaciones leves resueltas con medidas posturales y dos episodios de hipotensión que no precisaron sueroterapia para su resolución. No se recogieron complicaciones de la técnica.

CONCLUSIÓN

Con estos resultados parece seguro ampliar la utilidad de la sedación con propofol a otros procedimientos invasivos como la biopsia hepática, ya que disminuye la ansiedad del paciente y guarda el mismo perfil de seguridad.

DISFAGIA DE ORIGEN ATÍPICO EN PACIENTE JOVEN

García Belmonte, Daniel; Jiménez García, Ana María; Marín Bernabé, Carmen María; Gallego Pérez, Blanca; Gajownik, Urszula; Gómez Lozano, María; del Val Oliver, Blanca; Gómez Espín, Rosa María; Serrano Díaz, Lydia; Rodríguez Gil, Francisco Javier; Egea Simón, Esperanza; Nicolás de Prado, Isabel; García Albert, Ana María; Martínez Crespo, Juan José.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN

La esofagitis infecciosa ocurren con mayor frecuencia en personas inmunodeprimidas siendo su etiología variable: vírica, bacteriana, micótica o parasitaria. Los factores de riesgo para la aparición de este tipo de infecciones son: anomalías del sistema inmune, alteraciones de la flora microbiana esofágica y defectos estructurales o funcionales del esófago.

ENDOSCOPIA

Varón de 31 años que acude a Consultas Externas de Digestivo refiriendo cuadro de una semana de evolución de dolor retroesternal con la ingesta de alimentos y clínica de disfagia. Se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se describió una mucosa esofágica con múltiples úlceras fibrinadas, de superficie eritematosa, desde 25 cm de la arcada dentaria hasta tercio distal. Las biopsias tomadas en la zona afectada fueron informadas de esofagitis herpética ulcerada.

COMENTARIOS

La esofagitis herpética en inmunocompetentes es una condición escasamente descrita que afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes. La infección por el virus del herpes simple es debida a la extensión de una afectación orofaríngea o por reactivación del virus más diseminación al esófago desde el nervio vago. El cuadro clínico se caracteriza por odinofagia, pirosis, disfagia y dolor retroesternal. La endoscopia es el método diagnóstico de elección pues permite la toma de biopsias para histología y cultivo. El tercio distal esofágico es la zona más frecuentemente afectada y el aspecto endoscópico de la lesiones varía según el estadio, desde múltiples vesículas de pequeño tamaño hasta úlceras más evolucionadas. En individuos inmunocompetentes la enfermedad es autolimitada siendo controvertida la necesidad de utilizar aciclovir.



ENDOSCOPIA Y ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED (EICH) INTESTINAL: CASO CLINICO.

Esther Estrella Díez¹; Francisco Javier Álvarez Higuera¹; Juan Egea Valenzuela¹, Alberca de las Parras F.¹; Monserrat Coll J.²; Gabriel Carrilero Zaragoza,¹; Paula Tomas Pujante.¹; Daniel Jose Nova Lopez³. ; Tania Fernandez Llamas.¹; Ana Victoria Garcia Marín¹; Elena Iglesias Jorquera¹

¹ Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; ² Servicio de Hematología. Servicio de Urgencias³. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Presentamos el caso clínico de un varón de 54 años diagnosticado en 2008 de Linfoma folicular grado I estadio IV-B que recibió quimioterapia con respuesta parcial y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica en 2010.

A los 10 meses post-trasplante ingresó por fiebre, diarrea con rectorragia y anemia. En nuestro servicio se realizó gastroscopia y rectocolonoscopia.

En la gastroscopia se observó en bulbo y segunda porción duodenal edema difuso de mucosa con congestión linfática, sugestivo de EICH en fase inicial.

En la colonoscopia a nivel de recto se visualizaron lesiones parcheadas en forma de úlceras, en sigma se apreció algunos mamelones inflamatorio con mucosa ennegrecida, y la mucosa desde colon descendente hasta ciego se hace difusamente edematosa con imágenes en empedrado y áreas ulceradas múltiples. Todo ello endoscópicamente y clínicamente sugiere EICH intestinal con afectación grave.

Todas las lesiones fueron biopsiadas con histología no concluyente de EICH.

Al paciente se le administraron corticoides, inmunoglobulinas y antibióticos sin mejoría del cuadro. Posteriormente presenta deterioro progresivo del estado general y elevación de enzimas hepáticas y alteración de síntesis siendo el paciente exitus tras 4 meses de ingreso.

La necropsia informa de EICH agudo grado 4 (Digestiva gastrointestinal estadio 2 y Hepática estadio 4).

CONCLUSIÓN: La afectación gastrointestinal alta y baja simultánea en EICH es poco común. El examen endoscópico puede dar información muy relevante para la toma de decisiones incluso cuando la histología es discordante. En este caso inicialmente la sospecha fue de EICH, pero histología inicial no lo corrobora que posteriormente se confirma con la necropsia.

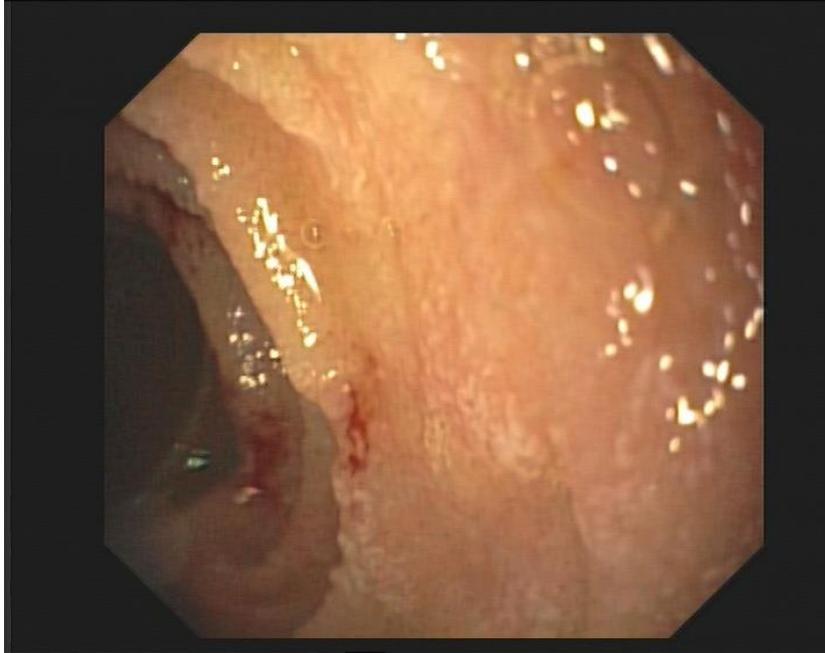


Figura 1: Bulbo duodenal con edema de mucosa y congestión linfática.

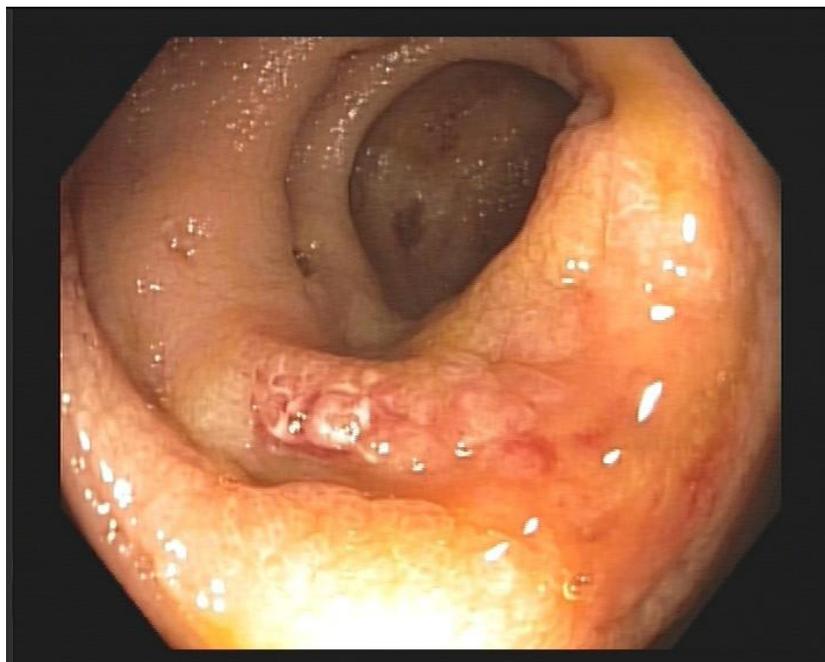


Figura 2: En recto lesiones parcheadas en forma de úlceras que confluyen, muy superficiales.



Figura 3: área inflamatoria con mucosa ennegrecida probablemente por ser muy hemorrágica y cronificada.

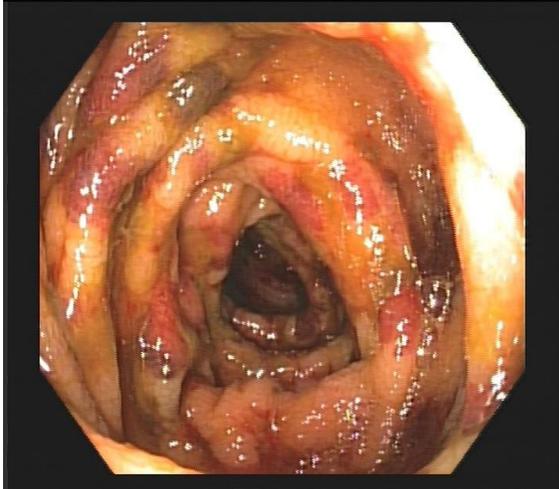


Figura 4 A - Colon descendente, la mucosa se hace difusamente edematosa, con imágenes marcadas en empedrado.



Figura 4B- Colon descendente con NBI



Figura 5: Válvula cecal con importante componente inflamatorio que impide paso de colonoscopio a íleon terminal.

SÍNDROME DE POLIPOSIS HIPERPLÁSICA VALORADA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

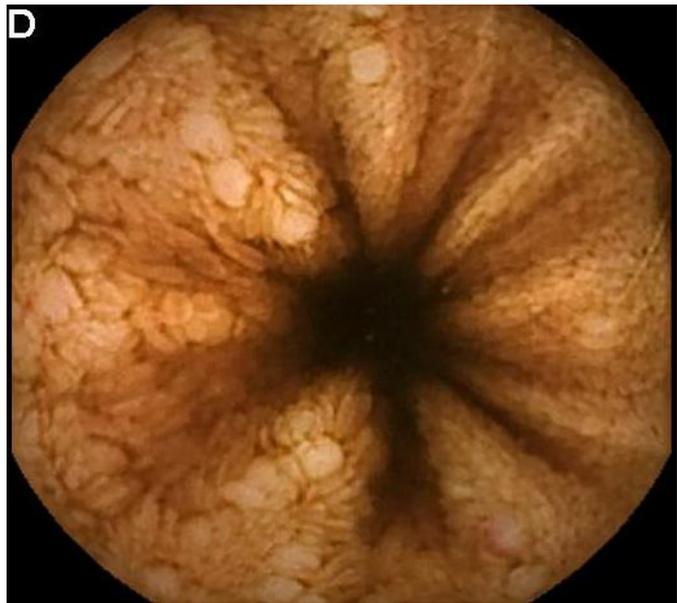
Esther Estrella Díez, Juana Egea Valenzuela, Fernando Alberca de las Parras, Miriam Alajarin Cervera, Akiko Ono, Francisco Javier Álvarez Higuera, María Muñoz Tornero, Roxanna Jijón Crespín, Paula Tomás Pujante, Tania Fernández Llamas, Ana Sánchez.

Hospital Virgen de la Arrixaca

Presentamos el caso de un varón de 64 años sin antecedentes de interés, derivado a nuestra consulta por determinación de sangre oculta en heces positiva. Inicialmente se realizó una rectocolonoscopia completa en la que se resecó 15 pólipos sesiles y 2 planos, de 6-10mm de diámetro. La histología describió 15 pólipos hiperplásicos y 2 adenomas con displasia de bajo grado. En una gastroscopia se extirparon dos pólipos con hiperplasia incipiente. En una colonoscopia de control se extirparon 7 pólipos, de 3-5 mm de diámetro, cuatro con histología de hiperplásicos, dos adenomas tubulares con displasia de bajo grado y uno serrado con características de adenoma. El estudio genético fue positivo para el gen APC c.731 g>A, variante de significado incierto. Se realizó una tercera colonoscopia se resecó dos pequeños pólipos hiperplásicos.

Ante los hallazgos realizamos estudio de intestino delgado con cápsula endoscópica en el que observamos en tramos proximales y medios una mucosa de aspecto normal; en yeyuno distal e íleon, incontables lesiones polipoides planas (*Fig.1*), sesiles y pediculadas, de entre 7-8 mm. En íleon terminal la afectación es mayor, con lesiones planas agrupadas que dan aspecto nodular a la mucosa (*Fig.2*) con mayor número de pólipos y de mayor tamaño (*Fig.3*). Realizamos estereoscopia baja, resecando varios pólipos de íleon terminal cuya histología confirma el diagnóstico de pólipos hiperplásica de intestino delgado.

El síndrome de poliposis hiperplásica (SPH) es una entidad poco común. Ocasionalmente se asocia a pólipos adenomatosos y serrados, por tanto es un factor de riesgo para el cáncer colorrectal (1). La cápsula endoscópica es una herramienta útil en el manejo de pacientes con síndrome de poliposis familiar o no familiar (2,3) como nuestro paciente. Aunque no se ha establecido protocolo de seguimiento y revisión en pacientes con SPH, consideramos que similar a la poliposis adenomatosa, la cápsula endoscópica debe incluirse en el arsenal diagnóstico para detección precoz lesiones con potencial maligno.



RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA CURADO POR ENDOSCOPIA 17 AÑOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO.

Estrella Díez, E.¹; Alberca de las Parras, F.¹; .¹; Muñoz Tornero, M.¹; Juan Egea Valenzuela¹; Pérez Rigal, VG.²; Francisco Javier Álvarez Higuera¹; Roxanna Elizabeth Jijón Crespín¹; Gonzalo Antón Ródenas; Daniel José Nova López³. Luis Fernando Carballo A¹.

¹Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia; ²Servicio de Oncología Médica. Servicio de Urgencias³. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

En España se diagnostican aproximadamente 26,000 casos anuales de cáncer de mamas y representa el 30% de las causas de neoplasias malignas en el sexo femenino. Comentamos la importancia de seguimiento de esta enfermedad a lo largo del tiempo y lo útil que puede resultar la colonoscopia para la cura de recidiva de esta enfermedad.

Presentamos caso clínico de mujer de 62 años de edad, diagnosticada a los 42 años de cáncer de mama bilateral por lo que se sometió mastectomía radical modificada bilateral. La histología de la pieza quirúrgica informa carcinoma centro-lobulillar infiltrante de mama izquierda carcinoma ductal y lobulillar de mama derecha con afectación micrometastásica de ganglio axilar izquierdo. Posteriormente recibió quimioterapia y tamoxifeno durante 5 años y en las pruebas de imágenes no se evidencia recidiva de la enfermedad.

En una revisión analítica 17 años más tarde se observó CEA discretamente elevado por lo que se remitió a nuestro servicio para realización de rectocolonoscopia.

En la colonoscopia no se aprecia ninguna lesión de la mucosa excepto en colon transversal que visualizamos un pólipo plano único de 1 cm que se eleva con adrenalina extirpó por mucosectomía con asa diatérmica.

El estudio histológico reveló células patológicas de carcinoma lobulillar de mama.

Se realiza posteriormente RNM pélvica y PET-TAC con hallazgo de metástasis óseas, pero sin captación colónica. En revisión colonoscópica a los 6 meses no se evidenciaron lesiones.

CONCLUSIÓN: La endoscopia en este caso ha servido de diagnóstico y terapéutico de recidiva tardía de cáncer de mama sin captación colónica en PET-TAC ni RNM.

Destacamos que recidivas de cáncer de mamas tras más de 15 años del diagnóstico es inferior al 10% y todavía no se conoce si la relación entre la recidiva y las metástasis a distancia es independiente, coincidental o causal.

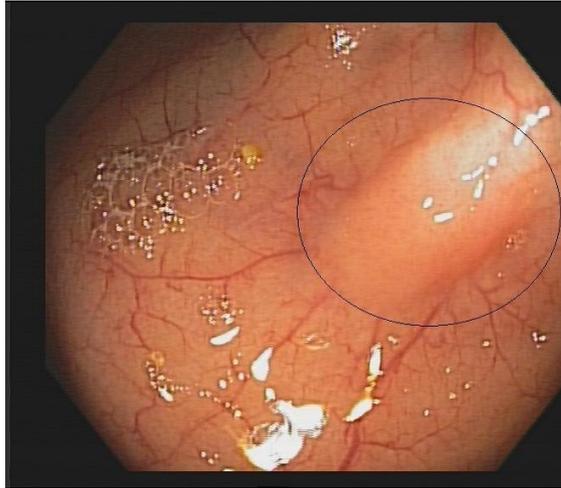


Fig. 1A: Pólipo plano.



Fig. 1B: Cromoendoscopia del pólipo plano



Fig. 2A: post-polipectomía inmediata

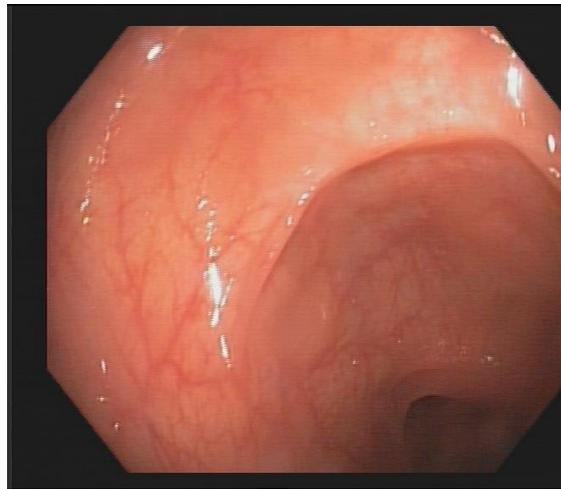


Fig. 2B: Revisión a los 6 meses tras polipectomía

COMPLICACION POST PAAF POR ECOGRAFÍA O PROGRESIÓN NEOPLÁSICA??

Esther Estrella Diez (); Francisco Javier Álvarez Higuera (*); Mari Carmen Garre (*); Eduardo. Sánchez Velasco (*) Agueda. Bas (**); Angel. Vargas (*); Juan. Egea V (*); Elena Iglesias Jorquera, (*). Daniel Jose Nova López (***), Paula Tomás Pujante (*) Luis Fernando Carballo (*)*

() Unidad Gestión Clínica Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

*(**) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

*(***) Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

La Punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un procedimiento mínimamente invasivo y bastante seguro en manos expertas. Presenta una mortalidad muy baja (0.008-0.031%), infrecuentes complicaciones mayores como hemorragia, peritonitis o diseminación neoplásica (0.05-0.2%) y otras menores más frecuentes como dolor abdominal y fiebre (2,7-5%). Presentamos el caso de una paciente con masa hepática con cuadro interpretable como complicación iatrogénica post-PAAF.

Presentamos el caso clínico de una Mujer de 64 años que ingresa por dolor abdominal, síndrome constitucional con elevación de Ca 19.9 y CEA, discreta hipertransaminasemia y TAC abdominal realizado en urgencias que informa de masa en segmentos V-VIII. Se solicita ecografía digestiva en la que se observa sobre un hígado normal una lesión de 56 x 50 mm en s.V, heterogénea, con pérdida de la solución de continuidad con la vesícula, que se distingue por contener material hiperecogénico que deja sombra posterior. El CEUS fue sugestivo de malignidad. Se realizó PAAF dirigida en la periferia de la masa. Ante la desaparición de dolor abdominal y buen estado general de la paciente, se decide alta y seguimiento precoz en consulta externa para valorar actitud con el diagnóstico de la punción.

A las 32 horas, la paciente ingresa con dolor abdominal brusco, fiebre y leucocitosis. Se interpreta como complicación post-PAAF. Realizamos ecografía urgente observando artefacto aéreo en la masa, sin líquido libre. En posterior TAC se aprecia aire en el interior de la lesión en continuidad con el tubo digestivo (duodeno-píloro) como probable fistulización de la masa. La cirugía confirma neoformación vesicular que infiltra órganos vecinos y fistuliza a duodeno. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica, antrectomía, y hemicolectomía derecha. La anatomía patológica confirmó los hallazgos de adenocarcinoma infiltrante de vesícula biliar. Se deriva la paciente a la unidad de Oncología médica.

La neoplasia de vesícula biliar suele diagnosticarse en estadios avanzados como masa hipercogénica irregular, en ocasiones indistinguible del parénquima hepático vecino al que infiltra por contigüidad.

En nuestro caso cuando acude a urgencias pensamos inicialmente como complicación de la punción, pero como no se realizó punción de viscera hueca sino hígado, la presencia de aire intralesional o neumoperitoneo, debería hacernos pensar en otras opciones no iatrogénicas como la fistulización neoplásica a órganos vecinos (estómago, duodeno o colon).



Masa hipoecoica de morfología irregular de 53 x53mm en este corte s.V.
 Masa hipoecoica en la que se ve perdida de la solución de continuidad de la vesícula biliar que contiene material hiperecogenico que deja sombra.

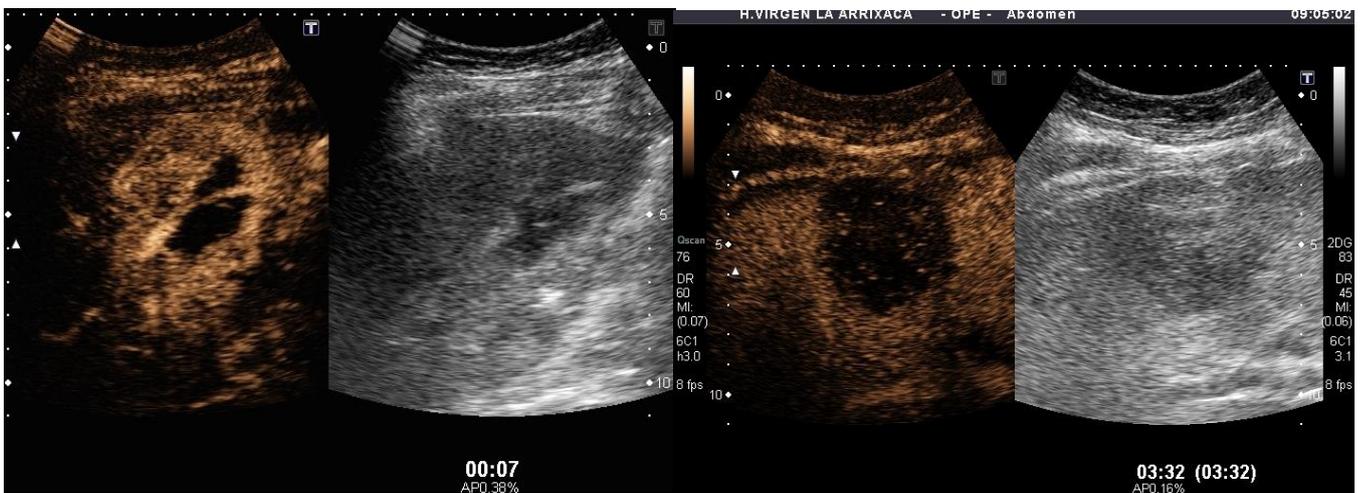


Imagen de la lesión tras aplicación de CEUS en la que se aprecia hipercaptación periférica de la lesión sin captar en anillo, quedando áreas internas sin captación.

Imagen ecografica con CEUS en fase tardía en la que se aprecia lavado de la lesion.

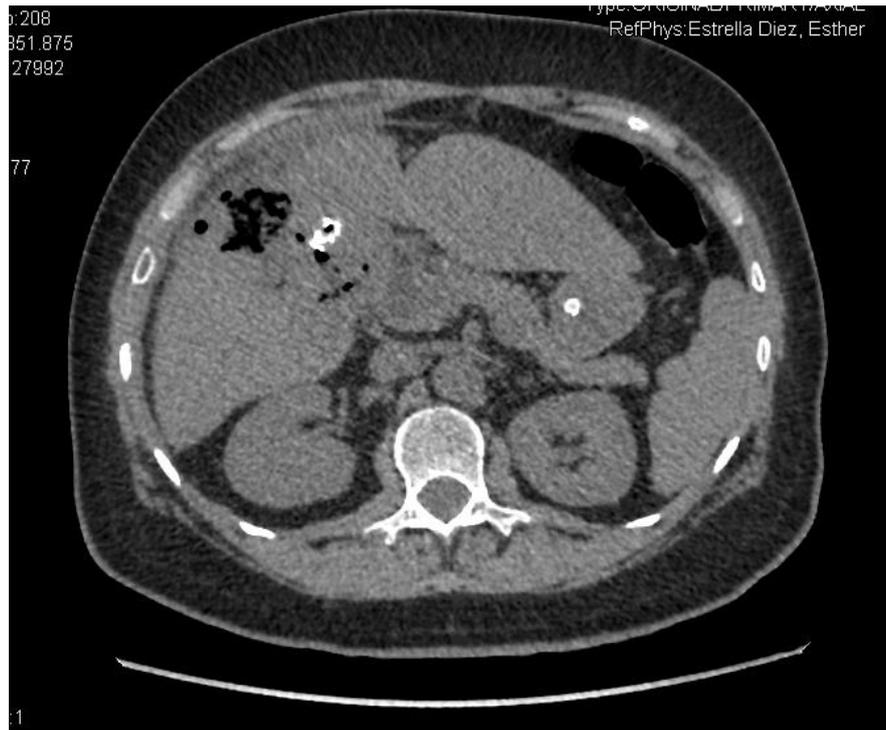


Imagen de TAC en la que se intuye un trayecto fistuloso que comunica la Vesícula Biliar-masa y asas intestinales y afectación pancreática.

VÓMITOS OSCUROS Y TUMOR DUODENAL.

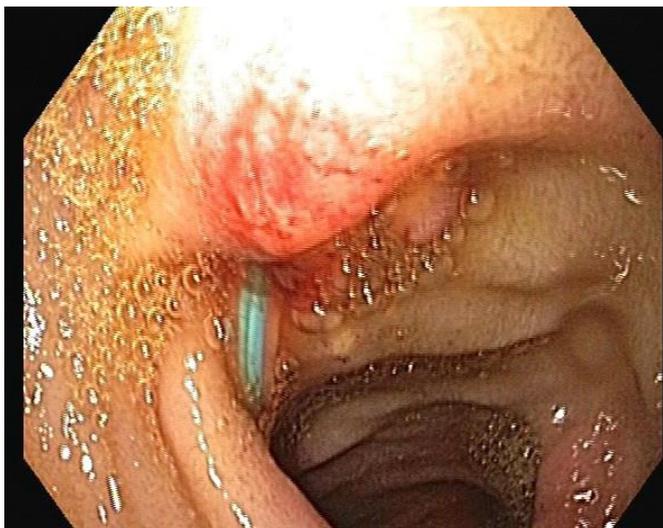
Esther Estrella Diez, Roxanna E. Jijon Crespin, Fco. Javier Alvarez Higuera, Paula Tomás Pujante, Gabriel Carrilero Zaragoza, Elena Iglesia Jorquera, Ana Victoria Garcia, Tania Fernandez Llamas Antonio Ortega, Daniel José Nova López, Juan Egea Valenzuela, Fernando Alberca de las Parra.

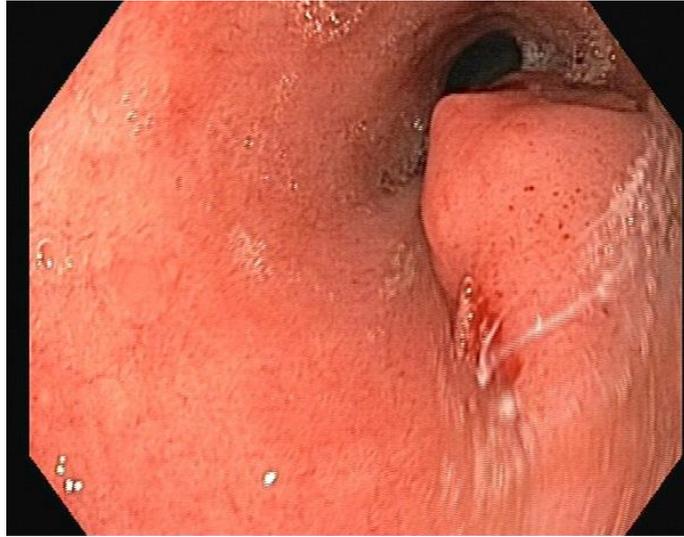
Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Servicio de Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

La hiperplasia de las glándulas de Brunner (HGB) es un tumor infrecuente de duodeno que pueden presentarse como un nódulo único, múltiple o un pólipo. Se localizan entre primera y/o segunda porción duodenal.

Presentamos el caso clínico de una Mujer de 51 años de edad con antecedentes de parálisis cerebral infantil y sin otro antecedente médico o quirúrgico de interés que acude a urgencias en una ocasión por vómitos oscuros sin presentar anemia en analíticas controles y que se decide manejar conservadoramente. Después de un mes presentó un segundo episodio de vómitos oscuros con anemia y sin melenas por lo que se realiza la gastroscopia. Se evidencia esofagitis péptica y un pliegue engrosado de mucosa duodenal, se transfunde 2 concentrados de hemáties y es dada de alta. Tres meses más tarde acude a urgencias por vómitos oscuros sin anemia, pero por clínica recurrente con visitas a urgencias se decide ingreso. Se realizó gastroscopia, apreciando una hernia hiatal por deslizamiento, deformación pilórica y en segunda porción duodenal una lesión mucosa tubuliforme de 1.5 cm de diámetro y 4 cm de longitud con estenosis del 75% de la luz duodenal en la base del mismo. Colocamos un endoloop en la base y se reseca con asa diatérmica. Posteriormente la paciente no vuelve a presentar vómitos oscuros y la anatomía patológica se informó como lesión benigna compatible con hamartoma o hiperplasia de las glándulas de Brunner.

La frecuencia de vómitos oscuros sin anemia lo interpretamos como retención gástrica secundaria a la tumoración benigna de duodeno. La HGB representa el 5-10% de los tumores benignos de duodeno. clínicamente se manifiesta con dolor abdominal, dispepsia, hemorragia gastrointestinal, obstrucción y vómitos, y el tamaño varía entre milímetros y 7 centímetros. Histológicamente se pueden componer de elementos desorganizados de glándulas, tejido adiposo y/o músculo. En nuestro caso el comportamiento de la lesión polipoide era de retención gástrica con vómitos persistentes y tras la resección endoscópica, presentó mejoría clínica, no obstante por evolución rápida de su parálisis se decide colocación de Gastrotomía endoscópica Percutánea.





COMPLICACIONES POST- CPRE EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON BAJO VOLUMEN

García Belmonte, Daniel; Marín Bernabé, Carmen María; Martínez Crespo, Juan José; Gallego Pérez, Blanca; Gajownik, Urszula; García Paredes, Rocío; Gómez Lozano, María; del Val Oliver, Blanca; Serrano Díaz, Lydia; Jiménez García, Ana María, Gómez Espín, Rosa María; Egea Simón, Esperanza; Nicolás de Prado, Isabel; García Albert, Ana María, Rodríguez Gil, Francisco Javier

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento complejo con una tasa de complicaciones mayor que cualquier otra técnica endoscópica. La incidencia global de complicaciones relacionadas con la CPRE es variable, según las series publicadas oscilan entre un 4-16%, con una mortalidad del 0-1,5%.

Objetivos

Establecer la frecuencia de complicaciones post-CPRE en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (HGURS) y compararlas con las publicadas por las guías actualizadas de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, transversal de 145 pacientes a los que se le realizó CPRE desde 2013-2015 ambos inclusive en el HGURS de Murcia.

Resultados

Hubo un total de 19 complicaciones (incidencia de 12,8%). Distribuidas de la siguiente manera: 9 pancreatitis (6.2%), 5 colangitis (3.5%), 4 perforaciones (2.8%) y 1 hemorragia (0.7%). En los pacientes de la muestra estudiada no hubo ningún éxito.

Conclusiones

Nuestras complicaciones, a excepción de la hemorragia, que es menor, son superiores a los publicados por la ASGE: pancreatitis 6.2% vs 3.5%, colangitis 3.5% vs 1%, perforación 2.8% vs 0.6% y hemorragia 0.7% vs 1.3.

El hecho de contar con menor volumen de procedimientos, curva de aprendizaje de un especialista en formación y especialista novel con capacitación, pueden explicar estos resultados.

A pesar de que la CPRE ha sido realizada usualmente en Hospitales de referencia, la diferente distribución y acceso de los pacientes a los recursos sanitarios crea la necesidad de realizar esta técnica en Hospitales pequeños con un volumen anual más reducido.

TASA DE CANULACION BILIAR PROFUNDA EN HOSPITAL CON BAJO VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS DURANTE UN PERIODO OBSERVACIONAL DE TRES AÑOS

García Belmonte, Daniel; Marín Bernabé, Carmen María; Martínez Crespo, Juan José; Gallego Pérez, Blanca; Gajownik, Urszula; García Paredes, Rocío; Gómez Lozano, María; del Val Oliver, Blanca; Serrano Díaz, Lydia; Jiménez García, Ana María, Gómez Espín, Rosa María; Egea Simón, Esperanza; Nicolás de Prado, Isabel; García Albert, Ana María, Rodríguez Gil, Francisco Javier

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento complejo que requiere una larga curva de aprendizaje. Los indicadores de calidad propuestos por las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) establecen unas tasas de canulación biliar por encima de 90%, con nivel de evidencia 1C.

Objetivos

Establecer la tasa de canulación biliar profunda o del hepatocolédoco durante la realización de CPRE en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (HGURS) durante el periodo observacional de tres años.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, transversal de 145 pacientes a los que se le realizó CPRE desde 2013-2015, ambos inclusive, en el HGURS de Murcia

Resultados

Se consiguió la canulación biliar profunda como objetivo de una CPRE con éxito en 113 de 145 procedimientos (77.9%).

Conclusiones

A pesar de que en algunos metanálisis y en programas de entrenamiento de CPRE cifran la tasa de éxito de canulación en torno a 80%. El endoscopista experto en CPRE debe acreditar una tasa superior a 90%. El hecho de que nuestra cifra no alcanza dicho nivel se debe a curva de aprendizaje de especialista y la presencia de otro especialista novel con capacitación, además del bajo volumen de procedimientos.

Con la sucesiva capacitación basada en la puesta en marcha de programas de entrenamiento y mejoría de la curva de aprendizaje dichos niveles de calidad es posible que sean alcanzados.

MANEJO DE INFECCIÓN POR CMV EN COLITIS ULCEROSA

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

Introducción

La evaluación del paciente diagnosticado de EI nos supone un desafío frecuente en esta patología. El diagnóstico diferencial de un cuadro clínico caracterizado por la presencia de diarrea, dolor abdominal y rectorragia, engloba un amplio espectro etiológico que incluye causas infecciosas, inflamatorias, neoplásicas o tóxico-medicamentosas. Por eso resulta muy importante realizar una detallada anamnesis para dirigir adecuadamente las pruebas complementarias.

Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado de colitis ulcerosa con corticodependencia y aumento progresivo de deposiciones.

Caso clínico

Se presenta un caso de un varón de 50 años, con antecedentes de hipercolesterolemia y síndrome ansioso depresivo. Fue diagnosticado de colitis ulcerosa distal hace 9 años y posteriormente se inició tratamiento con Azatioprina, que se suspendió posteriormente por presentar pancreatitis aguda. Se inició tratamiento con Infliximab hace 4 años, pero por pérdida de respuesta y brote grave se cambió el tratamiento a Humira con un buen control de la enfermedad hasta el momento. Aparte del tratamiento biológico, estaba en tratamiento con Mesalazina oral 1.5g-0-1.5g, Mesalazina enema 1g y Budesonida enema cada 24h.

El paciente ingresa por aumento progresivo del número de deposiciones (hasta 10/día), con emisión de pujos de moco y sangre de 2 meses de evolución. No refiere fiebre ni dolor abdominal. También ha notado pérdida de peso no cuantificada y astenia importante. No manifiesta haber realizado viajes recientes ni contactos con otras personas con la misma sintomatología. En exploración física destaca abdomen doloroso de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza una analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y PCR normales. Para completar estudio se le solicita coprocultivos con parásitos y *Clostridium difficile* que resultan ser negativos. Se realiza una colonoscopia, evidenciando desde el margen anal hasta 15cm mucosa intensamente edematosa con ulceraciones fibrinadas, geográficas y confluentes, que se hacen extensas más distalmente (Figura 1), con depósitos de aspecto mucopurulento y disminución del calibre del colon, lo que corresponde a una actividad endoscópica severa. El estudio anatomopatológico visualizó inclusiones intranucleares con halo claro y en tinción inmunohistoquímica se confirma infección por CMV (Figura 2). Tras el inicio del tratamiento con Ganciclovir intravenoso y corticoides el paciente mejora de dolor abdominal, persistiendo la diarrea con rectorragia de 2-3 deposiciones al día, comprobándose endoscópicamente escasa mejoría, por lo que se decide intensificación del tratamiento biológico con Humira (80mg semanal) y aumento de la dosis de Mesalazina (4gr/día). Tras esta decisión terapéutica el paciente queda asintomático, por lo que se decide alta con posteriores controles ambulatorios.

Discusión

La infección por CMV debe estar en el diagnóstico diferencial del cuadro diarreico de cualquier paciente inmunodeprimido. Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria intestinal por lo general se encuentran en un estado de cierta inmunosupresión secundaria a la terapia farmacológica y su enfermedad de base, también se han descrito posibles alteraciones de la función inmunológica mediada por células NK en pacientes libres de corticoesteroides. Estos factores, así como el tropismo de CMV por las zonas con inflamación, predisponen a estos pacientes a un mayor riesgo de infección activa por este virus.

El diagnóstico de esta infección habitualmente se establece mediante la biopsia teñida con hematoxilina-eosina, evidenciando la presencia de las células citomegálicas con los característicos cuerpos de inclusión intranucleares (en ocasiones rodeados por un halo claro, lo que se denomina «ojo de búho»). Aunque se considera esta prueba "Gold Standard", para mejorar su sensibilidad y especificidad se han desarrollado diferentes técnicas inmunohistoquímicas, que suelen facilitar el diagnóstico de la infección aguda.

Se han descrito numerosos casos clínicos, en los que se evalúa el papel de la infección por citomegalovirus en pacientes con EII, especialmente en la colitis ulcerosa corticorretractaria. Se ha observado que no en todos los casos el tratamiento con ganciclovir ha sido capaz de inducir la remisión clínica o evitar la cirugía, incluso en algunos casos se ha comprobado mejoría clínica tratando únicamente con esteroides, esto indica que la infección por CMV puede ser una complicación más en un brote agudo de EII. Por lo que la recomendación práctica que se deriva de este hecho es que, independientemente de que se decida utilizar tratamiento frente al citomegalovirus, no se debe olvidar de tratar la actividad de enfermedad inflamatoria intestinal de base. En nuestro caso, a pesar del tratamiento con ganciclovir, el paciente seguía con clínica de brote agudo corticorretractario, por lo que decidimos controlarlo con el tratamiento biológico y aumento de dosis de Mesalazina, que resulto efectivo.

En el caso de la detección de una infección de CMV en las biopsias del colon en un paciente con colitis ulcerosa grave, el medico tiene que tomar la difícil decisión de suspender el tratamiento inmunodepresor para favorecer la respuesta a los retrovirales, y por otra parte seguir con el tratamiento o incluso aumentar su dosis para controlar la actividad de la EII. No hay muchos estudios que avalen esta decisión, por lo que por ahora no sabemos que opción del tratamiento es la más adecuada, por lo cual siempre tenemos que valorar al paciente y según cada caso elegir la opción más inocua y más efectiva. En el caso que nos ocupa, la subida de dosis de Anti-TNF logró controlar la infección y el brote agudo, pero la decisión terapéutica siempre tiene que ser tomada con mucha precaución por el riesgo asociado a la misma infección y el tratamiento inmunodepresor.



Figura 1.

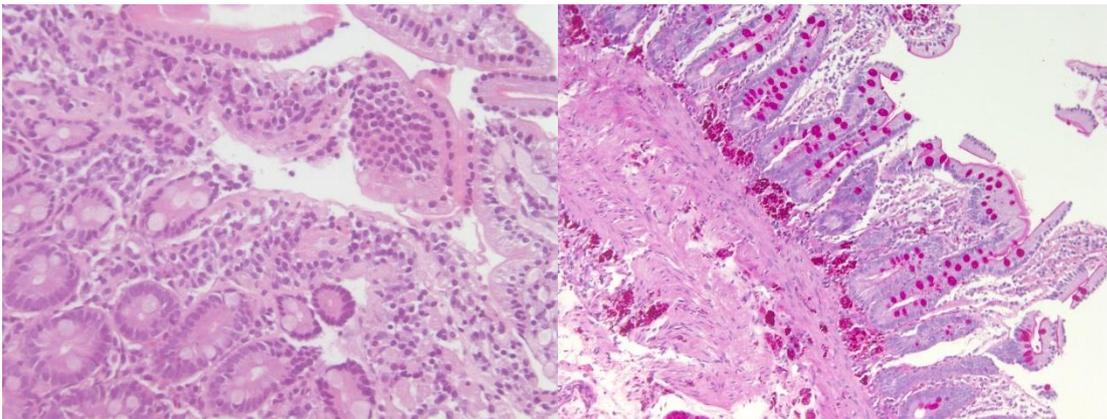


Figura 2

Bibliografía

Criscuoli V, Rizzuto MR, Cottone M. Cytomegalovirus and inflammatory bowel disease: is there a link? *World J Gastroenterol.* 2006;12:4813-8.

Hommes DW, Sterringa G, Van Deventer SJ, Tytgat GN, Weel J. The pathogenicity of cytomegalovirus in inflammatory bowel disease: a systematic review and evidence-based recommendations for future research. *Inflamm Bowel Dis.* 2004;10:245-50.

Alcalá MJ, Casellas F, Pallarés J, De Torres I, Malagelada JR. Infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa tratados con colectomía. *Med Clin (Barc).* 2000;114:201-4.

Wada Y, Matsui T, Matake H, Sakurai T, Yamamoto J, Kikuchi Y, et al. Intractable ulcerative colitis caused by cytomegalovirus infection: a prospective study on prevalence, diagnosis, and treatment. *Dis Colon Rectum.* 2003;46: S59-65.

Gisbert JP, Gomollón F. Common errors in the management of the seriously ill patient with inflammatory bowel disease. *Gastroenterología y Hepatología* 06/2007; 30(5): 294-314

IMÁGENES DE PATOLOGÍA INFRECUENTE ESOFÁGICA EN LA ECOENDOSCOPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El quiste de duplicación esofágica es una patología infrecuente, que en adultos se diagnostica de forma incidental en la mayoría de las ocasiones por tener un comportamiento clínico inaparente o cursar de forma asintomática. Presentamos un caso de esta entidad diagnosticado por ecoendoscopia (USE) y TC torácico.

CASO CLINICO

Paciente mujer de 52 años con antecedentes familiares de neoplasia pulmonar, que consulta por lesión quística adyacente al margen derecho del esófago en un TC realizado por control de tiroides (figura 1). Se le realiza esofagogastroscoopia, observando compresión extrínseca de la pared esofágica a nivel del tercio distal sin estenosis de la luz y posteriormente se realiza ecoendoscopia, visualizando una lesión hipoeecogénica de aspecto quístico a 25 cm de la arcada dentaria de 2 x 2 cm de diámetro, sugestiva de quiste de duplicación esofágica (figura 2). Un esofagograma con contraste confirma dichos hallazgos (figura 3). La paciente no presenta sintomatología digestiva ni complicaciones, por lo que se decide un seguimiento con pruebas de imagen.

DISCUSIÓN

Los quistes de duplicación esofágica son una patología derivada de la malformación en el desarrollo embrionario. Más de un tercio de los casos son asintomáticos como nuestra paciente. Para su diagnóstico es preciso recurrir al arsenal que ofrece las pruebas de imagen en la actualidad: TC, RMN, USE y esofagograma, siendo a veces necesario el empleo conjunto de algunas de ellas para obtener la máxima rentabilidad porque hasta el 70% de los casos la imagen de TC y RMN puede clasificarlas inadecuadamente como lesiones sólidas. De ahí el catalogar a la USE como prueba importante en el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico de los casos sintomáticos o complicados (infección, hemorragia, crecimiento) nadie lo discute. Sin embargo, el seguimiento en casos asintomáticos puede contemplarse como una postura terapéutica expectante, recurriendo a cirugía en caso necesario.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3

INFECCIÓN GÁSTRICA POR UN PARÁSITO INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCION:

Strongyloides stercoralis es un parásito intestinal de zonas endémicas tropicales, que raramente produce infección a nivel de la cavidad gástrica. Normalmente cursa con forma asintomática, aunque en pacientes inmunodeprimidos puede producir síntomas graves.

CASO CLINICO:

Varón de 38 años, procedente de Brasil, con AP de infección por VHB y VIH en estadio C3 que acude por náuseas y vómitos posprandiales asociados a sensación distérmica de dos semanas de evolución. En Urgencias destaca febrícula y dolor abdominal epigástrico sin defensa muscular y en análisis se observa leve leucocitosis con desviación izquierda y aumento de amilasa (195). Se le realiza esofagogastroscoopia evidenciando a nivel de antro mucosa eritematosa con erosiones superficiales (figura 1), tomando biopsias, cuyo estudio histológico con tinción de hematoxilina eosina moderado infiltrado linfoplasmacitario y presencia de larvas de parásito tipo *strongyloides* entre las glándulas (Figura 2 y 3). Se completa estudio con TC, que descarta otra patología abdominal. Tras inicio del tratamiento con Albendazol el paciente experimenta resolución del cuadro abdominal en pocos días.

DISCUSION:

La infección por *Strongyloides* afecta sobre todo al intestino delgado y en pocas ocasiones produce sintomatología, persistiendo en años. En pacientes con inmunodeficiencia puede producir la forma diseminada asociada a síntomas gastrointestinales, pulmonares o cutáneos con una mortalidad que puede llegar al 77%. En nuestro caso, el rápido diagnóstico e inicio del tratamiento dirigido permitió una resolución completa sin presentación de complicaciones.



Figura 1.

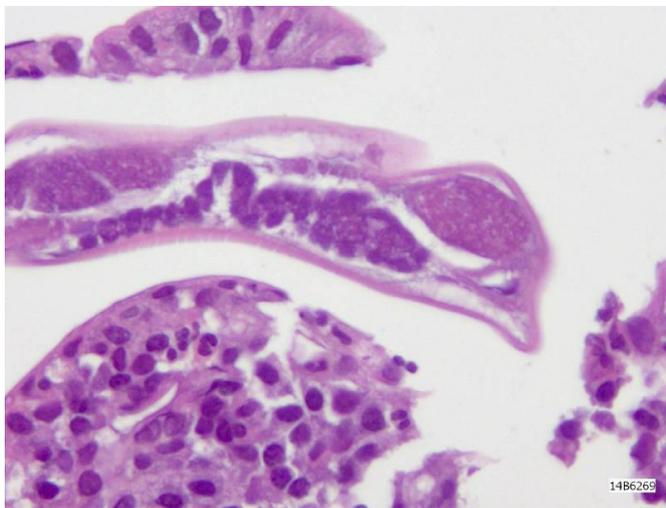


Figura 2.

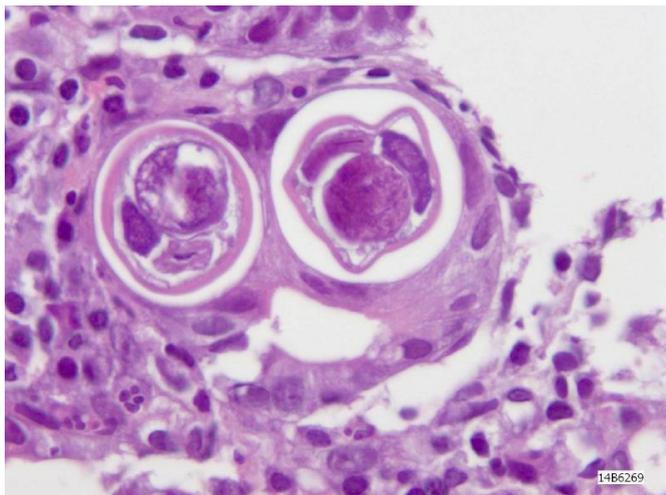


Figura 3.

COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA DIVERTICULOSIS DE SIGMA.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La impactación de cuerpos extraños en el recto-sigma es un hallazgo poco frecuente en la práctica clínica, siendo la vía rectal la puerta de entrada más habitual, aunque pueden ser causados tras ingesta oral accidental. Presentamos un caso de cuerpo extraño infrecuente, enclavado en el sigma.

CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años, con antecedentes personales de hipertensión, diabetes y diverticulosis de colon, que consulta tras la ingesta accidental de una prótesis dental, localizada a nivel de sigma en radiografía abdominal (Figura 1). Tras valoración en Urgencias por cirujano y endoscopista de guardia se decide actitud expectante, esperando la expulsión espontánea del cuerpo extraño. No obstante tras dos semanas se programa intento de extracción endoscópica, evidenciando en TC abdominal la persistencia de cuerpo extraño al mismo nivel (Figura 2) con plastrón inflamatorio. Durante la colonoscopia se visualiza un cuerpo extraño impactado en la pared colónica sobre una estenosis del sigma de aspecto inflamatoria, no susceptible de extracción endoscópica (Figura 3), por lo que se decide una sigmoidectomía, realizada sin incidencias y con evolución favorable posterior.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños impactados en el sigma tras ingesta oral son hallazgos infrecuentes y no suelen precisar tratamiento quirúrgico, solucionándose de forma espontánea o mediante la extracción endoscópica o trasanal. En nuestro caso la paciente precisó tratamiento quirúrgico debido a la presencia de complicaciones y persistencia del cuerpo extraño enclavado en una zona de divertículos.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

CANDIDA Y CITOMEGALOVIRUS COMO DOBLES INVASORES EN ESOFAGITIS DE IMUNODEPRIMIDOS.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La esofagitis infecciosa es una patología esofágica infrecuente, que se asocia a la inmunosupresión y otros factores de riesgo. Presentamos un caso de esta entidad con complicaciones poco usuales.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 37 años con antecedente de VIH estadio C3 y múltiples ingresos por esofagitis por CMV, que ingresa por disfagia y sialorrea tras ingesta de carne. Se realiza esofagogastroscoopia urgente, evidenciando a nivel de tercio medio y distal varias áreas ulceradas ovaladas de entre 5 y 10mm de diámetro (Figura 1), con un cuerpo extraño impactado a nivel de cardias, que se extrae con asa de diatermia. Se toman biopsias, que informan de esofagitis aguda erosiva con infección viral por CMV y hongos *Candida albicans*. Tras inicio de tratamiento con valganciclovir y fluconazol, se observa mejoría clínica, pero al tercer día la paciente presenta una hematemesis, por lo que se repite esofagogastroscoopia observando empeoramiento de las lesiones (ulceras profundas, circunferenciales de 8-12mm de diámetro, con hematina fresca con sangrado babeante – Figura 2). Tras ajustar la dosis del tratamiento de IBP y antimicrobianos, la paciente evoluciona de forma favorable sin presentar otras complicaciones.

DISCUSIÓN

Infección esofágica por Citomegalovirus y *Candida* se han descrito en muchos pacientes con SIDA y síntomas digestivos. Se estima que hasta 21% de casos de candidiasis pueden presentar coinfección por CMV. Las complicaciones en esta patología son infrecuentes pudiendo provocar, como en el caso que nos ocupa, el sangrado digestivo y/o impactación del cuerpo extraño, siendo ambos muy inusual.



Figura 1.

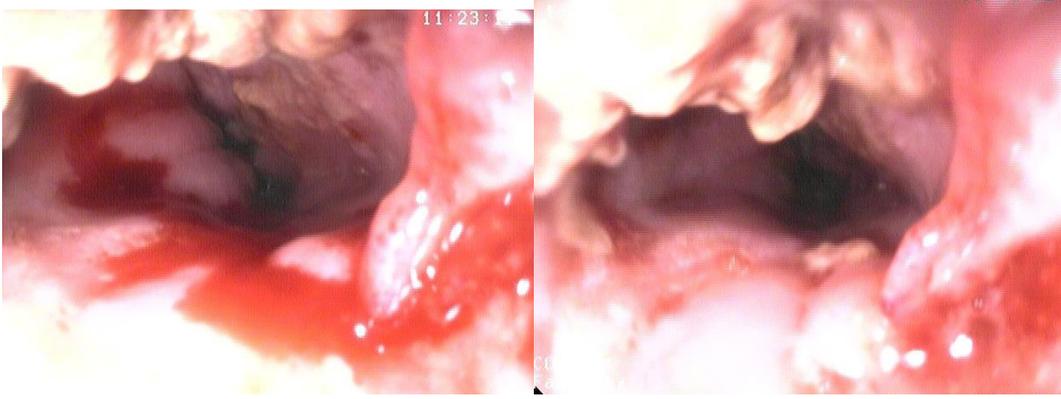


Figura 2.

NEOPLASIA GÁSTRICA INFRECUENTE – PRESENTACIÓN E IMÁGENES ENDOSCÓPICAS Y RADIOLÓGICAS.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo, JL Gil Alcalde.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El mesotelioma maligno peritoneal es una neoplasia infrecuente de las membranas serosas de pleura, peritoneo o pericardio, con altas tasas de mortalidad. Presentamos un caso de esta rara patología de afectación gástrica.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 62 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes, dislipemia, que consulta por astenia y pérdida de peso de varios meses de evolución. Durante el ingreso se realiza esofagogastroscofia, evidenciando desde la región infracardial gran lesión de aspecto submucoso, que se inicia en la curvatura mayor y se extiende por el resto del cuerpo gástrico ocupando casi toda su superficie y estenosando la cámara gástrica. La gran lesión presenta una mucosa preservada con edema y eritema superficial (Figura 1). Se toman biopsias, siendo negativas para malignidad, sin embargo, en TC toraco-abdominal, se evidencia una neoplasia gástrica con imagen quística de gran tamaño en su interior, metástasis hepáticas difusas, ascitis de distribución atípica y carcinomatosis peritoneal (Figura 2). Se realiza una laparotomía exploradora con toma de múltiples biopsias peritoneales en un intento de precisar el origen de la tumoración, llegando al diagnóstico de mesotelioma maligno. El paciente posteriormente fallece tras intento de tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

La infiltración gástrica del mesotelioma maligno peritoneal es una patología inusual en la práctica clínica. Es una neoplasia agresiva relacionada con exposición al asbesto, sobre todo en mujeres y/o afectación pleural. La mayoría de los casos de mesotelioma, como en el caso que presentamos, se diagnostican en fase avanzada y con diseminación difusa, por lo que el tratamiento y la supervivencia no suelen ser satisfactorias.



Figura 1

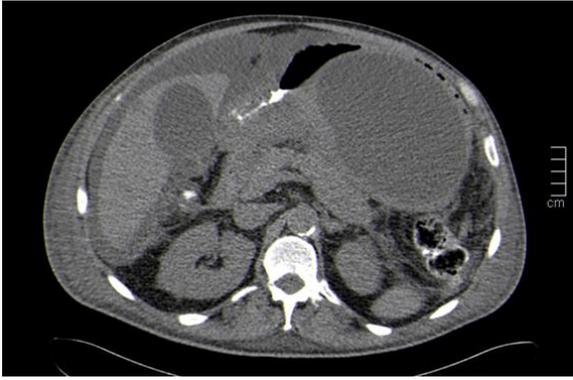


Figura 2

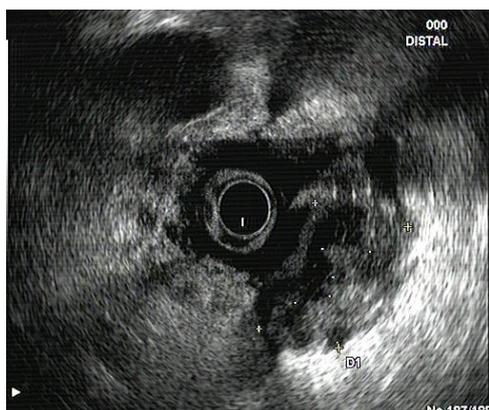
GIST DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Gómez Lozano, M; García Paredes, R; Gajownik, U; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; del Val Oliver, B; Serrano Díaz, L; Martínez Martínez, M.; García Belmonte, D; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás de Prado, I; Rodríguez Gil, F; García Albert, A; Martínez Crespo, JJ Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal constituyen el 1% de los tumores malignos del tracto digestivo. Pueden aparecer en cualquier localización, siendo más frecuentes en estómago, intestino delgado y colon que en esófago. Asimismo se han descrito localizaciones extragastrointestinales, en el mesenterio y retroperitoneo, siendo éstas extremadamente raras.

ENDOSCOPIA: Presentamos a un varón de 66 años sin antecedentes de interés con clínica compatible con obstrucción intestinal. Se realiza TC abdominal evidenciando masa en raíz del mesenterio que rodea el marco duodenal a nivel de tercera porción, provocando estenosis a dicho nivel. La gastroscopia no objetivó lesión a nivel duodenal, por lo que se decide completar estudio con ecoendoscopia, apreciándose una masa de 10 centímetros de diámetro mayor, heterogénea, con bordes irregulares y áreas necróticas en su interior adherida a la pared duodenal sugestiva de GIST, siendo la PAAF anodina. Ante la persistencia clínica, es intervenido quirúrgicamente con imposibilidad de resección de la lesión. La biopsia intraoperatoria fue compatible con un GIST mesentérico por lo que decide derivación en Y-Roux y tratamiento oncológico puente a una probable cirugía posterior de rescate.

COMENTARIOS: Entre un 10 y un 30 % de los GIST son asintomáticos y se detectan de forma incidental. No obstante, dependiendo de su tamaño y localización pueden provocar un amplio abanico de cuadros clínicos. La ecoendoscopia juega un papel importante en el diagnóstico de estos tumores, ofreciéndonos la posibilidad de realizar punción de la lesión, no obstante, en determinados pacientes hay que recurrir a la cirugía para llegar a un diagnóstico certero.



UNA NUEVA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL SANGRADO HEMORROIDAL: EXPERIENCIA EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PORTAL

Alejandro Martínez Caselles¹, David Contreras Padilla², María Juárez Herrero¹, Santiago Gil Sánchez²

HOSPITALES: 1.- Sección de Medicina Digestiva, Hospital Vega Baja de Orihuela. 2.- Unidad de Radiología Vasculare Intervencionista, Servicio de Radiología, Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad hemorroidal es una entidad muy común en la población. Aunque ni la presencia de hipertensión portal ni el tratamiento de varices esofágicas con ligadura han sido asociados a una mayor incidencia, los pacientes cirróticos no son ajenos a esta patología.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 76 años diagnosticado de cirrosis hepática (Child B, 7 puntos) por alcohol y VHC. Cuatro años antes había presentado un episodio de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas resuelto con ligadura con bandas elásticas. Desde entonces ha sido sometido a varias sesiones de ligadura, manteniendo tratamiento con beta-bloqueantes. En el último año ha presentado episodios recurrentes de rectorragia franca con caída de 1-2 g/dL de hemoglobina. La colonoscopia describió hemorroides tipo III con coágulos adheridos, varices rectales sin signos de sangrado reciente y angiodisplasias. Procedimos a recomendar tratamiento conservador para las hemorroides y coagular con argón las angiodisplasias, aunque estas medidas no evitaron posteriores episodios de rectorragia. Tras haber sido desestimado por Cirugía para tratamiento quirúrgico debido al elevado riesgo atribuible a la presencia de varices ectópicas, contactamos con Radiología Intervencionista para plantear la embolización de las arterias hemorroidales. Durante el procedimiento se cateterizó la arteria mesentérica superior e identificaron las cuatro arterias hemorroidales superiores con marcado flujo en las izquierdas (Fig.1), por lo que únicamente embolizaron con coils esas dos (Fig.2). Sin embargo, a las 48 horas se produjo un nuevo episodio de rectorragia y procedieron a embolizar selectivamente las derechas. Transcurridos cuatro meses desde la técnica, no ha vuelto a presentar sangrado.

DISCUSIÓN: La embolización de las arterias hemorroidales es una alternativa recientemente descrita para el sangrado hemorroidal. Las primeras series revelan que es una técnica bien tolerada y con un éxito clínico del 77%. Presentamos el primer caso descrito en un paciente con hipertensión portal.

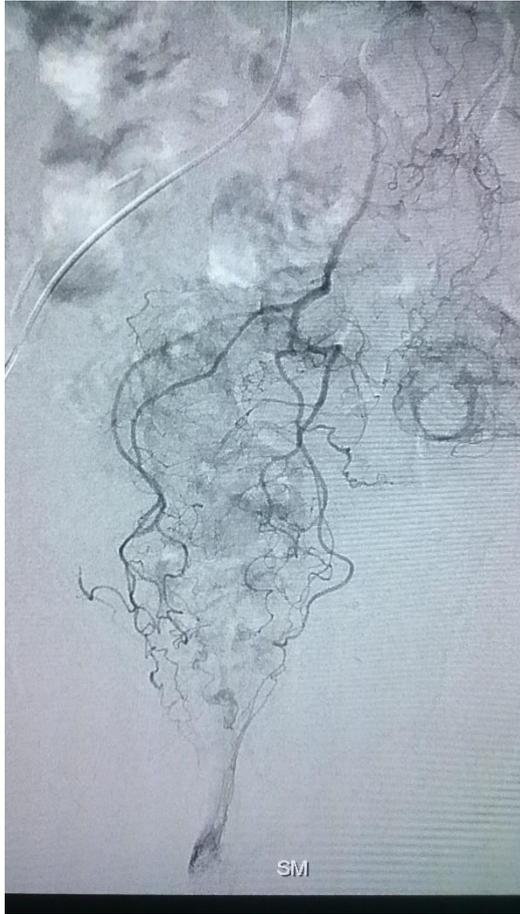


Fig. 1

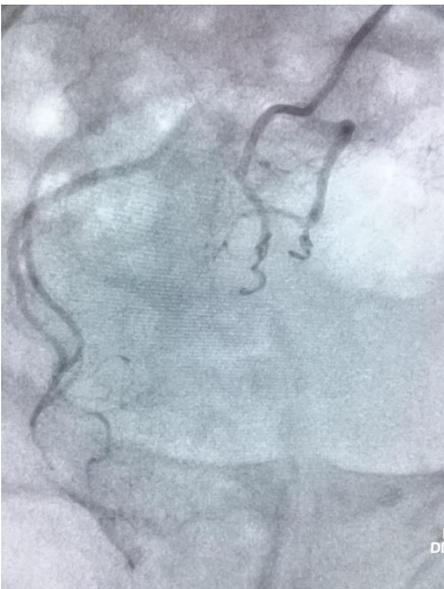


Fig. 2

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Tarazov PG. Arterial Embolization of Hemorrhoids. Cardiovasc Intervent Radiol 2015;38:1055
- 2.- Lohsiriwat V. Treatment of Hemorrhoids: A Coloproctologist's view. World J Gastroenterol 2015;31:9245-52
- 3.- Ganz RA. The Evaluation and Treatment of Hemorrhoids: A Guida for the Gastroenterologist. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2013;11:593-603

COMPARACIÓN ENTRE MIDAZOLAM Y PROPOFOL EN SEDACIÓN SUPERFICIAL EN ATENCIÓN A LA TASA DE COMPLICACIONES DE LA PRUEBA.

AUTORES Jurado Hernández, Alicia María; Llamoza Torres, Camilo Julio; Ángel Rey, Jose Manuel; Fuentes, Eliana Rocío; Sevilla Cáceres, Laura; García Paredes, Rocío, Garre Urrea, Almudena Alicia; Martínez Giménez, Teresa. Hospital Rafael Méndez Lorca.

OBJETIVOS:

1. Comparación de tasa de complicaciones entre los diferentes regímenes de drogas usadas para la sedación superficial durante la endoscopia digestiva: midazolam o midazolam asociada con fentanilo frente propofol o propofol asociado con midazolam.
2. Resultados observados en los grupos de sedación (propofol y midazolam), en atención a si la endoscopia es alta o baja.
3. Comparación de la tolerancia, apreciada por el endoscopista al término de la exploración: midazolam versus propofol.

MATERIAL Y MÉTODOS: Todas las exploraciones realizadas por la Unidad de Digestivo del Hospital Rafael Méndez de Lorca son registradas en un formulario del programa Selene, donde además de reflejar el tipo de exploración, se anota si se ha realizado sedación, de que tipo, las drogas administradas, así como las complicaciones observadas durante las exploraciones (bradicardia : frecuencia cardiaca menos de 50 latidos por minuto, desaturación: Saturación de oxígeno menos de 86%, hipotensión, parada cardiorrespiratoria, parada respiratoria). La sedación superficial en nuestro centro es administrada por la enfermera de endoscopias, en pacientes monitorizados, y vigilados tanto por el facultativo que hace la exploración, como por enfermera y auxiliar de endoscopias entrenadas previamente en cursos de RCP avanzada.

RESULTADOS:

- A. Entre las diferentes regímenes de drogas administradas para sedación superficial sobre una base de 17204 pacientes sometidos a endoscopia digestiva, durante el periodo mayo de 2010 a junio de 2016, en Unidad Digestiva del Hospital Rafael Méndez, se constata **complicaciones en:** 1) 48 pacientes de un total de 1.451 a los se aplicó midazolam en monoterapia, lo que representa un 3,30% de los casos. De estas 1.451 endoscopias: 1254 – el 86,42% --- fueron colonoscopias de las cuales hubo 42 complicaciones (3,30%) y 196 gastroscopias con 6 complicaciones (3,01%). 2) 35 pacientes de un total de 324 a los que se administró midazolam asociada con fentanilo, lo que representa un 10,80% de los casos. De estas 324 endoscopias: 206 – el 63,58% -- fueron colonoscopias de las cuales hubo 33 complicaciones (16,01%) y 118 gastroscopias con 2 complicaciones (1,70 %). 3) 363 pacientes de un total de 14.388 a los que aplicó propofol en monoterapia, lo que representa un 2,50% de los supuestos. De estas 14.388 endoscopias: 10.087 – el 70,10% --- fueron colonoscopias de las cuales hubo 202 complicaciones (2,00%) y 4.301 gastroscopias con 171 complicaciones (3,97%). 4) 28 pacientes de un total de 936 a los que se administró propofol asociado con midazolam, lo que supone un 3,00% de los casos. De estas 936 endoscopias: 380 – el 40,59% --- fueron colonoscopias de las cuales hubo 10 complicaciones (2,63%) y 528 gastroscopias con 18 complicaciones (3,40 %). En conjunto se observa una tasa de eventos adversos del 2,81% de los que el 2,33 % --- 401 complicaciones --- corresponde a la sedación llevada a cabo principalmente con propofol – en monoterapia o asociado

– a pesar de haberse sometido a esta sedación el 89,07 % de los pacientes --- 15.324 en total – objeto de este estudio.

- B. En cuanto a la **valoración por el endoscopista** de esta Unidad: La tolerancia observada en el caso de administración de propofol, según formulario utilizado para este estudio, fue buena/excelente en el 89,90% de los casos, siendo regular/mala en el 7,50%, y no reflejando en el resto de los casos (2,60%) sus observaciones En el caso del grupo a los que se les administró midazolam, la tolerancia fue buena/excelente en un 84,80%, regular/mala en un 13,20%, no constatando el endoscopista su valoración en las demás pruebas practicadas (2,00%)

CONCLUSIONES:

1º. El propofol como droga en monoterapia administrada durante la endoscopia es un fármaco seguro con una tasa de complicaciones relativamente baja.

2º. Donde se observan peores resultados es cuando se usa para sedación superficial midazolam asociado con fentanilo.

3º. Dentro de las complicaciones apreciadas según el tipo de sedación y de endoscopia, son mayores las complicaciones en las gastroscopias frente a las colonoscopias.

4º La tasa de tolerancia más elevada se encuentra a la sedación llevada a cabo principalmente con propofol – en monoterapia o asociado ---.

DRENAJE POR ECOENDOSCOPIA DE COLECCIÓN PANCREÁTICA TRAS PANCREATITIS AGUDA.

Gabriel Carrilero, Fernando Alberca, Javier Álvarez Higuera, Miriam Alajarín Cervera, Roxanna Jijón, Aquilino Albaladejo, M Luisa Ortiz.

Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

Introducción

Presentamos el caso de un varón de 68 años que presenta antecedentes de SAOS, AC x FA anticoagulada tras Ictus embólico, con epilepsia residual en tratamiento con levetiracetam. Exfumador y consumidor de 50-60 gramos de alcohol semanales.

Presenta Pancreatitis Aguda de origen enólico resuelta con fluidoterapia y reposo digestivo.

Al mes, el paciente reingresa con fiebre y malestar general, acompañado de importante elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se inicia tratamiento empírico con Imipenem y se realizan hemocultivos y TAC de Abdomen, apreciando una colección de 25 x 50 mm adyacente a margen anterior del cuerpo pancreático. Ante el descenso de reactantes de fase aguda se decide dar el alta con posterior control radiológico tras 15 días de tratamiento de antibiótico.

A los 15 días tras el alta el paciente reingresa con fiebre de alto grado, reactantes de fase aguda elevados y signos de disfunción orgánica (Hipotensión, deterioro función renal, taquicardia...), se cursan hemocultivos y se decide tratamiento antibiótico empírico con Meropenem + Tigeciclina tras repetir TAC Abdominal apreciando la colección del mismo tamaño.

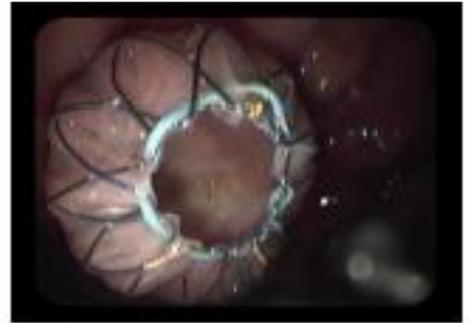
Tras el inicio de tratamiento antibiótico, el paciente presenta mejoría en su estado general y hemodinámico, presentando dolor intenso epigástrico que no cede con analgesia. Se decide drenaje por ecoendoscopia.

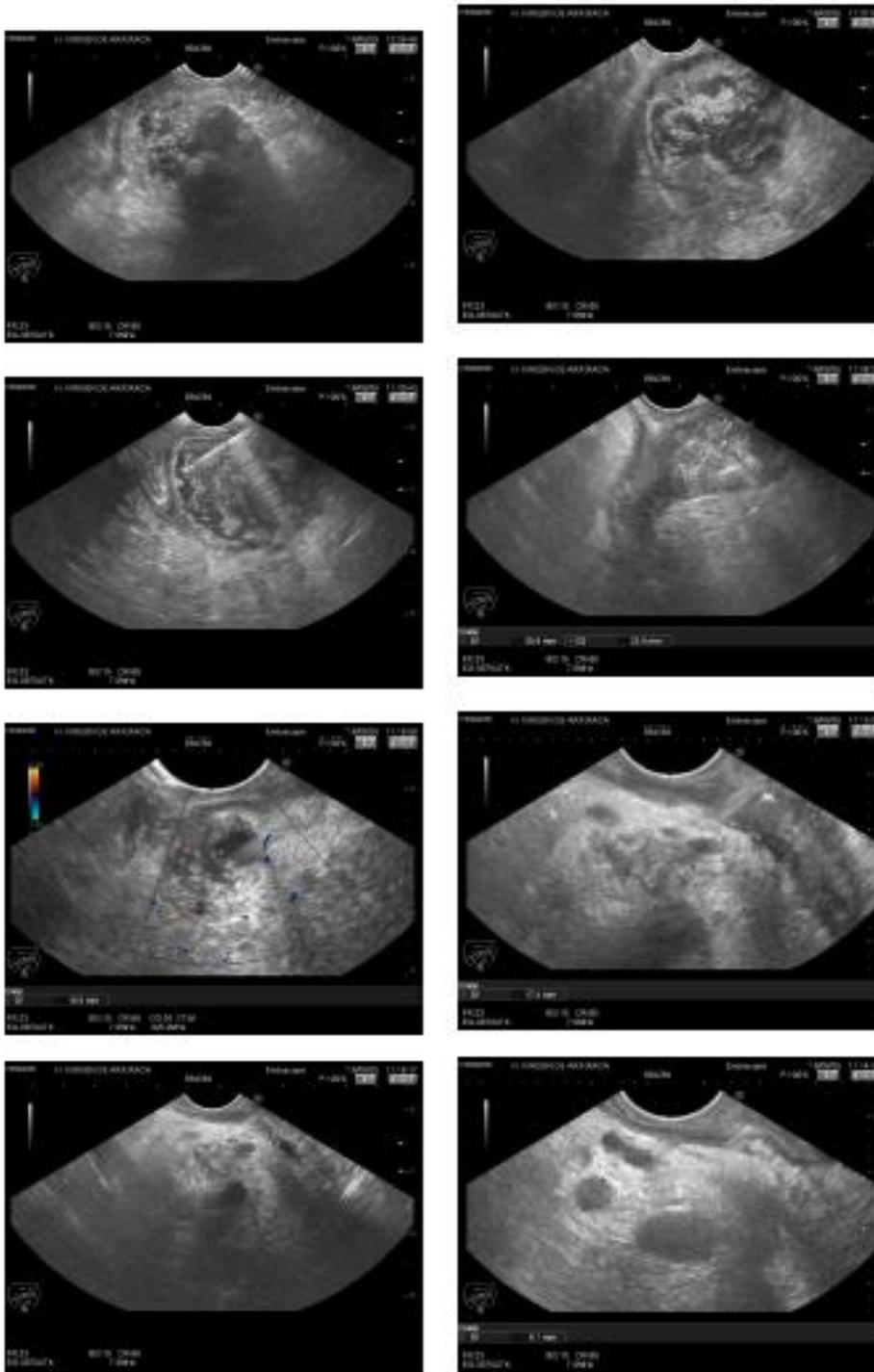
Ecoendoscopia

Se realiza ecoendoscopia alta con equipo sectorial. Con imagen endoscópica observamos mucosa duodenal intensamente inflamatoria, eritematosa, con pequeñas ulceraciones recubiertas de material fibrinoide. Páncreas a nivel de cabeza se aprecia hiperecogénico, con desestructuración de parénquima, Wirsung de 6 mms, imagen sugerente de pseudoquistes de 12mms y otra imagen compatible con área mal definida aspecto necrótico de 11mms. Hígado

con ecoestructura normal, discreta nodulación de bordes en lóbulo hepático derecho. Adenopatías peripancreáticas de pequeño tamaño.

En imagen endoscópica apreciamos a nivel de fundus abombamiento mucoso con intenso eritema y ulceración amplia con fibrina. Desde este punto por imagen ecográfica apreciamos colección pancreática de 4cms que comunica con dicha zona ulcerada. Procedemos a realizar toma de muestras para Gram y cultivo por punción y posteriormente se coloca prótesis metálica tipo diábolo (14 x 30 cm) para drenaje del mismo. Páncreas no valorable a nivel de cuerpo y cola.





5

Posteriormente el paciente mejoró progresivamente, se obtuvo en hemocultivos y cultivo del drenaje de la colección *Streptococcus Anginosus* sensible a Tigeciclina y Meropenem, dados los antecedentes de Epilepsia se decidió retirar el Meropenem, con posterior control radiológico y Endoscópico a los 10 días tras el drenaje se retiró la prótesis y a los 15 días se suspendió el antibiótico mejorando el paciente y permaneciendo asintomático tanto clínica como en la revisión posterior por prueba de imagen.

Conclusión:

La Ecoendoscopia es método de drenaje de colecciones pancreáticas de elección según la guía americana de Pancreatitis Aguda en el caso de ser accesible (1-5), ya que presenta menor morbilidad respecto a cirugía y mejor que el drenaje percutáneo disminuyendo estancia hospitalaria y permitiendo al Digestólogo el manejo integral del paciente

Bibliografía:

- 1: Patil R, Ona MA, Papafragkakis C, Anand S, Duddempudi S. Endoscopic ultrasound-guided placement of AXIOS stent for drainage of pancreatic fluid collections. *Ann Gastroenterol*. 2016 Apr-Jun;29(2):168-73.
- 2: Singhal S, Rotman SR, Gaidhane M, Kahaleh M. Pancreatic fluid collection drainage by endoscopic ultrasound: an update. *Clin Endosc*. 2013 Sep;46(5):506-14.
- 3: Puri R, Thandassery RB, Alfadda AA, Kaabi SA. Endoscopic ultrasound guided drainage of pancreatic fluid collections: Assessment of the procedure, technical details and review of the literature. *World J Gastrointest Endosc*. 2015 Apr 16;7(4):354-63.
- 4: Kawakami H, Itoi T, Sakamoto N. Endoscopic ultrasound-guided transluminal drainage for peripancreatic fluid collections: where are we now? *Gut Liver*. 2014 Jul;8(4):341-55.
- 5: Varadarajulu S, Christein JD, Wilcox CM. Frequency of complications during EUS-guided drainage of pancreatic fluid collections in 148 consecutive patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Oct;26(10):1504-8.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE NEOPLASIA LARÍNGEA LOCALMENTE AVANZADA

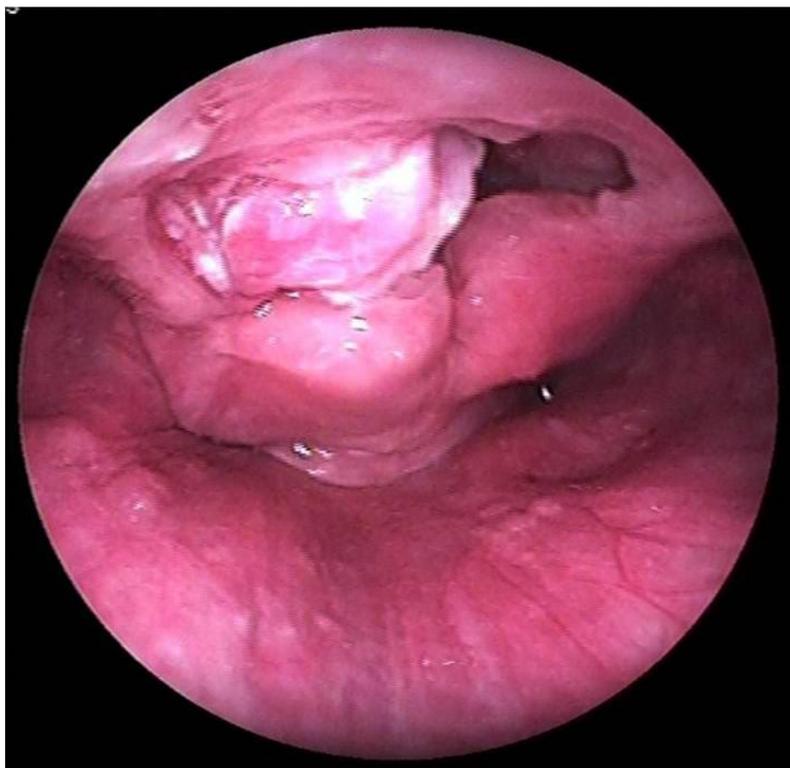
B. del Val Oliver, D. García Belmonte, L. Serrano Díaz, M. Gómez Lozano, U. Gajownik, B. Gallego Pérez, C. Marín Bernabé, R. Gómez Espín, I. Nicolás de Prado, FJ Rodríguez Gil, AM. García Albert, E. Egea Simón, JJ. Martínez Crespo.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: En el pasado, el diagnóstico de los tumores laríngeos se basaba únicamente en el examen mediante un espejo dental. Con el desarrollo de la laringoscopia y la endoscopia digestiva es posible la visualización adecuada de la laringe y los tejidos circundantes, así como la obtención de muestras para su análisis anatomopatológico.

Endoscopia: Realizamos esofagogastroscofia en paciente de 75 años con clínica de disfagia y disfonía. A nivel de glotis observamos lesión polipoidea de morfología ovalada de 4 mm de tamaño, compatible con neoformación. Avanzamos por esófago, estómago y duodeno hasta segunda porción sin encontrar otras lesiones. Tras valoración posterior por otorrinolaringología, se realiza microcirugía endolaríngea con toma de biopsia y estudio de extensión, siendo diagnosticado finalmente de carcinoma epidermode de laringe T3N1M0 e intervenido de laringuectomía total con vaciamiento cervical.

Comentarios: La presencia de tumoraciones submucosas o lesiones ulcerativas en los senos piriformes asociadas a edema y distorsión de los pliegues aritenoidoepiglóticos, son sugestivas de carcinoma de glotis. En ocasiones es posible encontrar además tumores esofágicos de forma concomitante, por lo que es recomendable el estudio endoscópico completo. En la actualidad, con los avances del campo de la Laringología, enfocado en la máxima preservación de la voz, al detectar estas lesiones, en la mayoría de casos se envía directamente al paciente al quirófano, para que mediante la correcta exposición y visualización de la lesión con un laringoscopio, microscopio quirúrgico e instrumentos quirúrgicos laringológicos, se revise y se reseque la lesión, sin dañar en lo posible las distintas capas de las cuerdas vocales.



CPRE COMPLICADA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA Y MIGRACIÓN DISTAL DE PROTESIS BILIAR

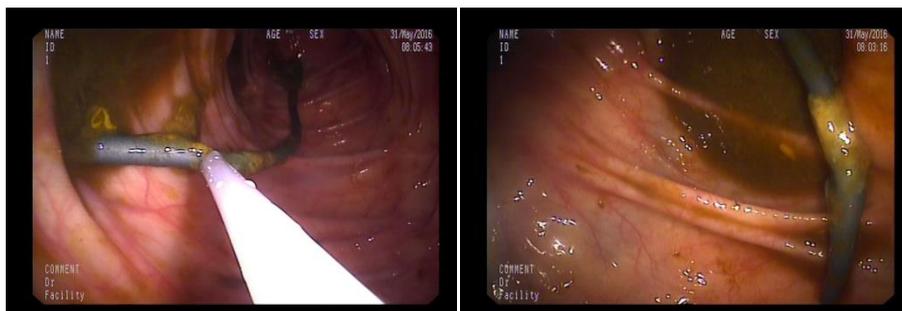
B. del Val Oliver, D. García Belmonte, L. Serrano Díaz, M. Gómez Lozano, U. Gajownik, B. Gallego Pérez, C. Marín Bernabé, R. Gómez Espín, I. Nicolás de Prado, FJ Rodríguez Gil, AM. García Albert, E. Egea Simón, JJ. Martínez Crespo.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: La CPRE es la técnica de elección para el drenaje de la vía biliar en pacientes colecistectomizados con coledocolitiasis residual y de forma urgente en colangitis agudas graves. Es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones. La incidencia de las mismas aumenta si al procedimiento se asocia colocación de prótesis.

Caso clínico: Realizamos CPRE urgente en paciente de 76 años con colangitis aguda grave. Canulamos sin dificultad papila duodenal intradiverticular. Tras mínima esfinterotomía colocamos prótesis biliar plástica de 7 cm de longitud y 8.5 french, observando salida a su través de contraste y bilis negruzca. Estable tras el procedimiento, 10 días después comienza con hematemesis franca, por lo que se realiza nueva endoscopia encontrando gran coágulo adherido en zona correspondiente a papila duodenal, sin conseguir visualizar orificio papilar ni prótesis biliar. Esclerosamos con dificultad zona pericoágulo. Días después comienza con dolor en fosa iliaca derecha, realizándose TAC que informa de cuerpo extraño a nivel de colon derecho con leves alteraciones inflamatorias a su alrededor. Se realiza entonces colonoscopia, observando a nivel de ángulo hepático prótesis biliar migrada. Mediante asa de polipectomía la enlazamos y extraemos sin complicaciones inmediatas.

Comentarios: En ocasiones, para asegurar un buen drenaje biliar es necesario colocar una prótesis temporal (de plástico) o permanente (metálica). Las primeras presentan mayor probabilidad de migración, con una frecuencia del 5-8%. Como consecuencia se pueden producir colangitis, pancreatitis (migración proximal), enclavamiento en pared intestinal con o sin perforación asociada (migración distal), pudiendo resolverse en algunos casos vía endoscópica.



CAUSA INFRECUENTE DE ULCUS DUODENAL CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

Sastre Lozano VM., García Tercero I., Martín Ibáñez JJ., Romero Cara P., Candel Erenas JM., Montoro Martínez P., Morán Sánchez S.

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN: Mujer de 68 años, acude a Urgencias por epigastralgia y melenas sin inestabilidad hemodinámica de una semana de evolución. Como antecedentes de interés destaca cirrosis biliar primaria sin datos de hipertensión portal y diabetes mellitus tipo 2. No ingesta de fármacos gastrolesivos. En analítica destaca urea 53 mg/dL, hemoglobina 9.9 mg/dL, 22000 leucocitos/mm³ y 15000 neutrófilos/mm³.

ENDOSCOPIA: Se realiza gastroscopia que evidencia gran úlcera de 3 cm en cara anterior de bulbo duodenal, de bordes elevados e irregulares con fondo sucio fibrinado, que sugiere malignidad (Figura 1). Se toman biopsias y se realiza TAC toraco-abdominal que informa de engrosamiento de pared duodenal sin cambios de grasa adyacente, ni metástasis a distancia, compatible con neoplasia primaria duodenal (Figura 2). La histología informa de adenocarcinoma primario duodenal pobremente diferenciado.

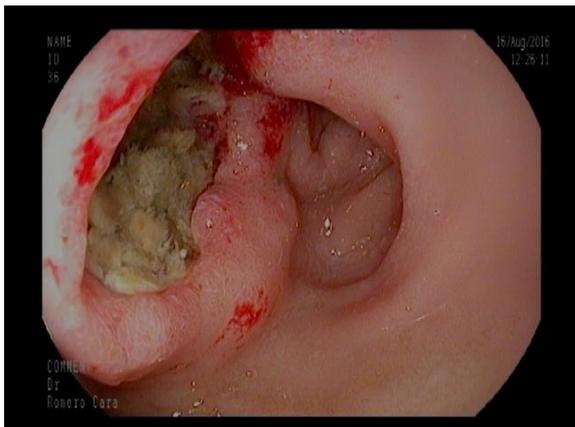


Figura 1. Gastroscopia que evidencia úlcera duodenal que sugiere malignidad.

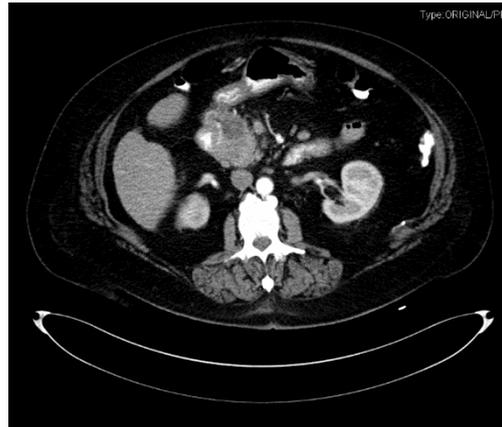


Figura 2. TAC abdominal con engrosamiento de pared duodenal (flecha).

COMENTARIOS: El adenocarcinoma primario de intestino delgado es una patología poco frecuente. Las neoplasias primarias malignas del intestino delgado suponen el 3% de los tumores malignos del tracto gastrointestinal, siendo el más frecuente el tumor carcinoide (44%), seguido del adenocarcinoma (33%), linfoma (17%) y sarcoma (8%). La etiología de la mayoría de los casos es desconocida, pero puede estar asociada a diversos síndromes polipósicos hereditarios, cáncer colorrectal hereditario no polipósico o estados inflamatorios crónicos como la Enfermedad de Crohn. Aunque suelen diagnosticarse en estadios avanzados por la inespecificidad de los síntomas, nuestro caso está pendiente de resección quirúrgica curativa.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EXITOSO EN LA DEHISCENCIA DE SUTURA QUIRÚRGICA

B. del Val Oliver, D. García Belmonte, L. Serrano Díaz, M. Gómez Lozano, U. Gajownik, B. Gallego Pérez, C. Marín Bernabé, R. Gómez Espín, I. Nicolás de Prado, FJ Rodríguez Gil, AM. García Albert, E. Egea Simón, JJ. Martínez Crespo.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: Tras la cirugía colorrectal, una de las complicaciones con mayor índice de morbimortalidad es la dehiscencia de la anastomosis, pudiendo dar lugar a sepsis abdominal secundaria. El tratamiento con endo-sponge facilita el cierre del espacio presacro mediante la presión negativa ejercida, asegurando el drenaje y el control de la infección, incrementando el flujo sanguíneo y estimulando el tejido de granulación, reduciendo el tamaño de la cavidad.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años intervenido de neoplasia de recto mediante resección anterior baja, con anastomosis colorrectal complicada con dehiscencia de la misma y formación de absceso perirrectal. Nos solicitan realización de rectoscopia dos meses después, en la que observamos persistencia de cavidad a unos tres cm del margen anal (1). Con ayuda del endoscopio y previa colocación de sobretubo, procedemos a colocación de endoesponja (2,4) mediante técnica facilitada por la casa comercial Braun. Tras un periodo de revisión con recambio de cinco esponjas recortando su longitud progresivamente, se evidencia disminución significativa de tamaño de la cavidad y signos de revitalización (fig.3,5), por lo que se decide retirar la esponja. Cuatro meses después de la primera endoscopia, se comprueba finalmente cierre de la cavidad (6)

Comentarios: El tratamiento asistido por Endo-sponge® representa un manejo novedoso, mínimamente invasivo, para el tratamiento de pacientes con dehiscencia de anastomosis tras una resección anterior por cáncer de recto. Según diversos estudios europeos, este puede ser recomendado como enfoque alternativo a la cirugía, siendo más eficaz cuanto más temprano se inicie. El tratamiento adyuvante con radio o quimioterapia no representa un problema para la aplicación del endo-sponge.

GIST GÁSTRICO ULCERADO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Tomás Pujante, Paula; Iglesias Jorquera Elena, Serrano Jiménez, Andrés; Sánchez Torres, Antonio; Martínez Sánchez, Ana; Ortega Sabater, Antonio; Estrella Diez, Esther; Carrilero Zaragoza, Gabriel, Jijón Crespín, Roxanna

Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta en urgencias por un episodio de hematemesis sin inestabilidad hemodinámica asociada. Refiere episodios de heces negras desde hace cuatro meses.

En analítica de urgencias destaca Hb: 9.6 g/dl. Se realiza gastroscopia apreciando en retroflexión una tumoración submucosa de 4cm en cara anterior de cuerpo gástrico con ulceración central, sin sangrado activo en ese momento.



Tumoración submucosa en cara anterior de cuerpo gástrico con ulceración central.

Durante el ingreso se solicita TC toracoabdominal apreciándose la lesión gástrica sin otros hallazgos, tránsito gastroduodenal donde se observa tumoración en curvatura menor de 6x9 cm con imagen de úlcera voluminosa en su interior y PET-TAC sin claros acúmulos patológicos del trazador.

Se realiza interconsulta a cirugía general que deciden intervención programada, realizando gastrectomía parcial.

La anatomía patológica revela una neoplasia mesenquimal con positividad para CD117, compatible con un GIST gástrico ulcerado.

DISCUSIÓN: La forma de presentación más frecuente en los tumores del estroma gastrointestinal es el sangrado del tubo digestivo. La causa de este sangrado es debida la mayoría de las veces al crecimiento de dicho tumor, formando una úlcera central que penetra profundamente en la masa tumoral. En otros pacientes los vasos submucosos peritumorales son la causa del sangrado.

En cuanto al diagnóstico, uno de los principales medios es la endoscopia, en la que se aprecia una lesión redondeada o lobulada que protruye a la luz, cubierta de mucosa normal, y generalmente con ulceración central

BIBLIOGRAFÍA:

Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors--definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001; 438:1.

Nilsson B, Bümming P, Meis-Kindblom JM, et al. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era--a population-based study in western Sweden. *Cancer* 2005; 103:821.