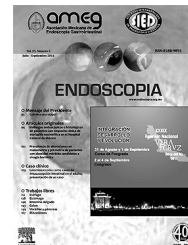




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



XXXIX REUNIÓN NACIONAL 2011

Misceláneos

Manejo endoscópico de la hemorragia activa de tubo digestivo alto

Alejo Téllez O, Antonio MM, Chávez GMA, Pérez VE, Pérez CT, Álvarez CR, Gómez PN, Bellacetín FO, Santamaría AJR, Durón SF, Martínez PMG, Morales FGA
Hospital Juárez de México, SSA. México, D. F.

Introducción: La hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA), se define como la que se origina en una lesión situada proximal al ángulo de Treitz. Se divide por su etiología en variceal (HTDAV) y no variceal (HTDANV). La incidencia anual de HTDA aguda es de 1/1000 habitantes. Tiene una mortalidad de 7% a 10%. Las principales causas son: úlcera gástrica y duodenal, várices esofágicas y gástricas, angiodisplasias, síndrome de Mallory-Weiss y esofagitis erosiva. La endoscopia es el tratamiento de elección, proporciona la localización, etiología, riesgo de recurrencia, y ofrece una opción de tratamiento. Entre las modalidades terapéuticas se encuentran: métodos de inyección, térmicos y mecánicos. Es importante contar con estadísticas actualizadas, acerca de la incidencia de las principales causas de HTDA, en nuestro medio, determinar la eficacia de la hemostasia endoscópica, la evolución de los pacientes y mejorar la toma de decisiones en el tratamiento.

Objetivo: Describir la experiencia en el tratamiento endoscópico del sangrado activo de tubo digestivo alto mediante la aplicación de técnicas hemostáticas.

Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes sometidos a panendoscopia por diagnóstico de HTDA activa, a los que se les realizó hemostasia endoscópica, en la unidad de endoscopia del Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido de marzo de 2010 a mayo de 2011. *Criterios de inclusión:* ambos sexos, cualquier edad, diagnóstico de HTDA, de origen variceal y no variceal, hemorragia activa, sometidos a hemostasia endoscópica. *Criterios de exclusión:* hemorragia de tubo digestivo bajo, hemorragia inactiva, o aquellos que no aceptaron el procedimiento. *Análisis estadístico:* Se

llevó a cabo mediante estadística descriptiva utilizando tablas de distribución de frecuencias, barras y gráficas de pastel.

Resultados: Se realizaron 3700 panendoscopias, 616 con diagnóstico de HTDA, encontrando estigmas de hemorragia en 436 pacientes; 64 de éstas con hemorragia activa; 22 mujeres y 42 hombres. Las tres causas más comunes fueron: várices esofágicas 48.3%, Síndrome de Mallory-Weiss 14%, várices gástricas 10.9%. Se llevó a cabo monoterapia en 62.5% y combinada en 31.25%. La tasa de éxito de la hemostasia endoscópica en nuestro estudio es de 89%.

Conclusiones: Una de las indicaciones de urgencia más frecuentes de estudios endoscópicos, es la HTDA. La principal complicación es el re-sangrado en 4.6%. No se encontró otro tipo de complicaciones inherentes al procedimiento endoscópico. Es de vital importancia que el endoscopista conozca los métodos de hemostasia endoscópica disponibles, así como sus indicaciones y limitaciones. En la actualidad a pesar de que es una patología que puede llegar a ser grave e incluso fatal, la hemostasia endoscópica es el tratamiento de elección.

Experiencia de dos años en el tratamiento de las ectasias vasculares y angiodisplasias con argón plasma en un centro de tercer nivel

Blanco VG, Blancas VJM, Castañeda RB, Paz FV, Membrillo RA, Hernández MO, Díaz de León SO, Escobar MME, Félix IS

Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS. México, D. F.

Introducción: Las angiodisplasias y las ectasias vasculares en el tubo digestivo proximal se caracterizan por la presencia de anemia y hemorragia. La panendoscopia es el estándar de oro para su diagnóstico. Diferentes tipos de tratamiento han sido descritos. La coagulación con argón plasma se ha descrito como un manejo de gran efectividad.

Objetivo: Evaluar la efectividad del tratamiento con argón plasma (APC) en las lesiones vasculares del tubo digestivo proximal.

Métodos: De forma retrospectiva, se evaluó a los enfermos con diagnóstico de lesión vascular gástrica que fueron tratados por APC de junio de 2009 a junio de 2011. Se definió como 'éxito total' cuando hubo corrección de la anemia y no requirió transfusión después del tratamiento con argón plasma, 'éxito parcial' cuando el número de transfusiones requeridas era menor o igual a 50% de lo que habitualmente requería el paciente y 'no éxito' cuando no se encontró una disminución mayor a 50% de los requerimientos transfusionales o cuando el paciente continuaba presentando las lesiones vasculares en la endoscopia de control.

Resultados: Se aplicaron 88 tratamientos con APC a 17 pacientes con lesiones vasculares gástricas en el Servicio de Endoscopia, del HE CMNS XXI, IMSS. Se logró éxito total en 13 pacientes, tres pacientes lograron éxito parcial y en un paciente no hubo éxito.

Conclusiones: En nuestro estudio, el tratamiento con APC demostró ser efectivo. Se debe realizar un estudio más prolongado para tener conclusiones válidas a cerca de la efectividad de este manejo.

Respuesta al tratamiento endoscópico mediante electrocoagulación con argón plasma en pacientes con sangrado de tubo digestivo; experiencia de ocho años

Anzástiga-Delgadillo DA, Martínez CDE, González HMS, Miranda CRM, Rosales-Solís AA

Servicio de Endoscopia, Centro Médico ISSEMyM. Metepec, Estado de México.

Introducción: El sangrado de tubo digestivo (STD) secundario a malformaciones vasculares es poco frecuente (prevalencia de 0.8% a 2%). La terapia de electrocoagulación con argón plasma (APC) es altamente eficaz en el tratamiento de estas lesiones.

Objetivo: Describir los resultados de pacientes sometidos a APC en el Centro Médico ISSEMyM (CMI), sus causas y localización, así como el impacto de la terapia con APC en los niveles de hemoglobina (Hb) de los pacientes tratados.

Métodos: Estudio retrospectivo; se revisaron expedientes de pacientes sometidos a terapia con APC en el servicio de endoscopia del CMI de julio 2003 a mayo 2011, se incluyeron aquellos con datos completos. Se evaluó la tasa de éxito y complicaciones del procedimiento. Se utilizó un equipo CONMED modelo *system 7500*, el cual determina automáticamente el volumen de gas argón dependiendo el tejido a tratar, promedio de 1.2 a 2.5 L/minuto, a 30 w y 50 w con sonda endoscópica CONMED ABCFlex diámetro 7 Fr y 220 cm de longitud. Todos los procedimientos fueron realizados bajo sedación intravenosa administrada por anestesiólogo. **Análisis estadístico:** Descriptivo con medidas de tendencia central utilizando paquete SPSS versión 17.

Resultados: 75 pacientes recibieron tratamiento con APC, 48 se incluyeron; 29 mujeres (60.4%) y 19 hombres (39.6%). Edad promedio 61.7 años (rango 15 a 96). Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial sistémica en 22 (31.8%), diabetes mellitus tipo 2 en 15 (21.7%), insuficiencia renal crónica 12 (17.3%),

historia de radioterapia ocho (11.5%), enfermedades autoinmunes cinco (7.2%), neumopatía crónica cinco (7.2%) y enfermedades hematológicas dos (3.1%). La presentación más frecuente fue STD en 29/48 casos (60.4%) seguida de síndrome anémico en 18/48 (39.5%), una lesión fue hallazgo incidental, asintomática. Las principales manifestaciones de STD fueron altas en 20/29 con hematemesis (siete), melena (nueve), melena con hematemesis (cuatro) y manifestaciones bajas en 9/29 con rectorragia (siete), hematoquecia (dos). Las lesiones encontradas fueron: angiodisplasias (43), ectasia vascular (cinco), proctitis por radiación (tres) y lesión de Dieulafoy (una). De las angiodisplasias 28 (49.1%) fueron de tubo digestivo alto y 15 (26.3%) colónicas. La localización alta más frecuente fue como sigue: antro 14 (35%), cuerpo 13 (32.5%), fondo ocho (20%), incisura tres (7.5%), duodeno dos (5%). De las colónicas: en ciego seis (38.5%), en ascendente seis (23.1%), en recto cinco (19.2%), en descendente tres (11.5%), en sigmoides dos (7.7%). Requirieron una sesión de APC 37 pacientes y 11 requirieron más de una (rango dos a seis) promedio 2.9. Todas fueron programadas. Fue exitoso el 100% de los procedimientos evaluados por endoscopia, comprobando la erradicación de las lesiones. El seguimiento fue clínico en la consulta externa y con biometría hemática, con corte a los seis meses; el promedio de Hb inicial fue de 9.4 mg/dL (rango 2.8 a 20), se observó mejoría en los niveles de Hb en 43 (89.6%) con un promedio de aumento 2.46 g/dL (rango de 0.4 a 9.8 g/dL). En cinco (10.4%) no hubo mejoría debido a situaciones específicas (linfoma uno, enfermedad Von-Willebrand uno, cáncer cérvico uterino tres).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estudiados son geriátricos con comorbilidades crónicas asociadas. El síntoma principal fue STD. La principal causa de sangrado fue angiodisplasias gástricas. En la mayoría de los pacientes la respuesta fue satisfactoria evaluado objetivamente a través de biometría hemática. No se reportaron complicaciones asociadas al tratamiento APC, comprobando que este es un procedimiento altamente eficaz y seguro.

Experiencia en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos evaluados por ultrasonido endoscópico con confirmación histológica

Barajas-Galicia E, Membrillo RA, Blanco E

Hospital Zaragoza, ISSSTE.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos se originan en las células neuroendocrinas que derivan de células pluripotenciales y poseen un origen embriológico común en la cresta neural y fuera de ella, pueden localizarse en diversos órganos. Dichas células se organizan formando glándulas (hipófisis, paratiroides, medula adrenal y paraganglios) o de forma difusa en páncreas, tracto gastrointestinal y respiratorio; biliar, tracto urogenital, timo, tiroides (células C), y piel. Su incidencia ha incrementado en la última década de 2.2 a 4.5 por 100 000 habitantes.

Objetivo: Dar a conocer la experiencia en el diagnóstico por ultrasonido endoscópico (USE) y punción por aspiración con aguja fina (PAAF) de tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos.

Métodos: De un total de 1701 procedimientos de ultrasonido endoscópico (USE) realizados en el Servicio de Endoscopia del Centro Médico Nacional Siglo XXI en un periodo de 46 meses, se recibió un total de 51 pacientes con sospecha de tumor neuroendocrino gastroenteropancreático; se demostró su presencia por imagen en 11 pacientes, de los cuales se realizó USE radial y lineal con PAAF para su análisis y confirmación histológica. En todos los pacientes se realizó el procedimiento bajo apoyo anestésico, primeramente gastroscopia, seguido de una evaluación con USE radial y, una vez localizada y analizada la imagen, se realizó USE lineal con PAAF; se usó aguja fina de 22 G en todos los casos con un promedio de tres pases, haciendo uso de laminillas sumergidas en alcohol para Papanicolaou y se envió al servicio de Patología para su análisis.

Resultados: La imagen típica reportada por USE consiste en lesiones de forma redondeada, hipocogénicas con tendencia a la homogeneidad, de bordes regulares, con reforzamiento posterior y un diámetro promedio de 2.5 cm. De los 11 pacientes, siete son mujeres (63.6%) y cuatro hombres (36.3%), con edad promedio de 48 años (rango de 12 a 71 años). En cinco pacientes (45.5%) su localización fue en cabeza y cuello de páncreas, tres en estómago (27.2%), uno en duodeno (9%), uno hepático (9%), uno retroperitoneal (9%). En las lesiones gastroentéricas la imagen ecoendoscópica era muy similar a las lesiones pancreáticas, siendo su localización en la submucosa de la pared gástrica o duodenal. Una lesión se localizó en lóbulo hepático izquierdo y una más en la región retroperitoneal, la cual era la de mayor tamaño. El diagnóstico histopatológico fue tumor neuroendocrino.

Conclusiones: Las lesiones encontradas en nuestra población fueron de mayor tamaño con un diámetro de hasta 4 cm, más heterogéneas, no bien delimitadas; lo cual no correlaciona con los criterios endoscópicos señalados en la bibliografía mundial, lo que pudiera deberse a una falta de sospecha clínica temprana y un estadio evolutivo avanzado de las lesiones así como un comportamiento biológico diferente en nuestra población. Es de interés ampliar, con base en los hallazgos evidenciados en dicho método diagnóstico, los criterios ecográficos para este tipo de tumores aplicados en nuestra población, así como ampliar la experiencia en el uso de USE y PAAF con alta sensibilidad y especificidad, señaladas hasta en 98%.

Hallazgos endoscópicos en pacientes asintomáticos con insuficiencia renal crónica candidatos a trasplante renal

Díaz de León-Salazar OE, Félix IS, Escobar MM, Blanco VG, Paz FV, Hernandez MO, Membrillo RA, Castañeda RB, Blancas-Valencia JM

Departamento de Endoscopia. Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda G. CMN Siglo XXI. IMSS. México, D. F.

Introducción: Los pacientes candidatos a trasplante renal requieren de evaluación multidisciplinaria, ya que presentan, entre otras complicaciones, alto riesgo de infecciones y tumores. Diferentes estudios de tamizaje muestran que en hasta 1% de estos casos no se realiza el trasplante debido a las agresivas terapias para prevenir el rechazo. Es bien conocido que las condiciones clínicas que estos pacientes presentan (uremia, secreción alterada de prostaglandinas,

diálisis, polifarmacia), podrían tener alguna consecuencia a nivel de la mucosa gastrointestinal y que aunque estas condiciones no contraindican el trasplante en sí mismo, podrían tener relevancia clínica e inclusive ameritar un tratamiento específico.

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos más frecuentes en los pacientes sin antecedentes o sintomatología gastrointestinal con insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo, candidatos a trasplante renal crónica.

Métodos: Se evaluó a todos los pacientes que acudieron por primera vez al Servicio de Endoscopia derivados del Servicio de Nefrología o del Servicio de trasplante renal (PTR) del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el periodo comprendido del 1 de enero de 2010, hasta el 30 de mayo de 2011, como parte del protocolo de evaluación de los pacientes candidatos a trasplante renal. Mediante una entrevista se confirmó que fueran asintomáticos o sin antecedentes gastrointestinales para ser incluidos al estudio. Se registraron los hallazgos endoscópicos directamente del informe correspondiente junto con sus datos personales: nombre, edad, sexo, servicio de referencia, tipo de diálisis utilizada, tiempo en meses de la diálisis y los hallazgos endoscópicos encontrados; divididos por órgano, si la afectación era total o localizada, o el tipo de hallazgos según las clasificaciones endoscópicas más utilizadas. Se excluyó a los pacientes con sintomatología gastrointestinal, hemorragia digestiva reciente o previa u otro antecedente gastrointestinal importante. Análisis estadístico: Se utilizaron frecuencias para las variables nominales, media y desviación estándar para las variables cuantitativas continuas. Se consideró significativo un valor menor a 0.05.

Resultados: Se evaluaron 284 pacientes, 163 hombres (57.4%) y 121 mujeres (42.6%), edad media de 40 años y mediana de 39. Del total de los pacientes, en 26 (9.2%) su informe endoscópico resultó normal; en el resto (258), hubo algún hallazgo patológico; el más frecuente fue la presencia de gastropatía erosiva: 125 casos (44%); hernia hiatal (HH) en 114 pacientes (40%); bulboduodenitis erosiva en 64 (22.5%); gastropatía crónica localizada en 55 pacientes (19.4%). La enfermedad ulcerosa péptica se presentó en 38 pacientes (13%), todos en fase de curación, la mitad correspondieron a úlcera gástrica y la otra a úlceras duodenales. Todos los pacientes estaban en tratamiento sustitutivo: 144 con diálisis peritoneal (50.7%) y 140 en hemodiálisis (49.3%); promedio de tiempo en diálisis de ocho meses. La enfermedad por reflujo gastroesofágico tipo erosiva se presentó en 79 casos; de éstos, 48 presentaban HH; 34 con esofagitis grado A de *Los Angeles*; 11 con grado B, dos con grado C y uno con grado D ($p = 0.003$). Sólo seis pacientes con HH presentaron una imagen sospechosa de Barrett (5.2%) de la población total con HH. Se encontraron cinco lesiones vasculares (1.8%) y en sólo tres casos (1.1%), el protocolo de trasplante fue diferido por lesiones tumorales.

Conclusiones: La gastropatía erosiva y la HH representan las condiciones más frecuentes en estos pacientes. A pesar de que la gran mayoría de ellos presentan hallazgos patológicos, no contraindican el trasplante. El tamizaje de estos pacientes debe de considerarse, ya que hay condiciones que deben de tener seguimiento, recibir manejo específico y en 1% el trasplante se contraindica.

Parasitosis del tracto gastrointestinal como hallazgo endoscópico; presentación de casos clínicos

Barrera Guerra LR, Arciniega C, Guerra R, Amador C, Ureña J, Barrera L

Hospital General de Renacimiento Dr. Donato G. Alarcón, Acapulco, Gro.

Introducción: La parasitosis en el ser humano está relacionada con malos hábitos higiénicos e inadecuado saneamiento ambiental. Los síntomas en el tracto gastrointestinal son diversos e inespecíficos. La visualización de parásitos por métodos endoscópicos ocurre muchas veces como hallazgo incidental durante estudios indicados por causas diversas. En el estado de Guerrero es frecuente la parasitosis del tracto digestivo, siendo los más comunes la ascariasis y la trichiuriasis.

Objetivo: Presentar cuatro casos clínicos con hallazgos endoscópicos de parasitosis diversas del tracto gastrointestinal en pacientes del Hospital General de Renacimiento Dr. Donato G. Alarcón.

Métodos: Equipos de gastrovideoscopia y colonoscopia marca Olympus Actera 150. Se realizaron estudios endoscópicos para descartar patología gastrointestinal diversa no sospechada inicialmente como de etiología parasitaria. Todas las pacientes dieron su consentimiento para la realización de los estudios. La endoscopia fue el método resolutorio en al menos uno de los casos.

Resultados: La endoscopia fue un método diagnóstico o terapéutico de enfermedades gastrointestinales parasitarias en los casos presentados.

Conclusiones: La parasitosis digestiva es un hallazgo endoscópico incidental. La endoscopia es un método diagnóstico y terapéutico útil pero poco convencional en los casos de parasitosis del tracto gastrointestinal.

Índice de complicaciones en endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica

Pérez-Huerta JI, García-Arévalo F, Alvarado-Velázquez H, González-Martínez M, Rivera-Cruz C

Hospital General de Zona N°197, IMSS, Texcoco, Edo. Mex.

Introducción: La endoscopia digestiva es uno de los procedimientos que más auge ha desarrollado en el diagnóstico y manejo de las diversas patologías del tracto digestivo desde la década de los cincuenta; actualmente se cuenta con diversos aditamentos para realizar diferentes procedimientos, los cuales aumentan los riesgos y complicaciones en los diversos procesos endoscópicos, que si bien, son muy poco frecuentes a pesar de la gran diversidad de recursos y acciones, cabe hacer hincapié que se debe valorar adecuadamente la indicación principal para realizar algún procedimiento endoscópico mediante la elaboración de una historia clínica detallada y completa, así como el consentimiento informado, detallando el procedimiento propuesto, la razón, beneficios, riesgos y complicaciones que se puedan presentar.

Objetivo: Evaluar retrospectivamente las complicaciones que se presentaron en el desarrollo de la endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica en un lapso comprendido de febrero del 2007 a Diciembre de 2010 en el Hospital General de Zona N°197 del IMSS.

Métodos: Se realizó la evaluación de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en un periodo comprendido de febrero de 2007 a diciembre de 2010 en el Servicio de Endoscopia,

los cuales incluyeron endoscopia del tracto superior digestivo, colonoscopias, rectosigmoidoscopias, polipectomías, dilatación esofágica y de píloro, ligadura de varices esofágicas, escleroterapia para úlceras, extracción de cuerpo extraño, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colocación de sonda nasoyeyunal, gastrostomía percutánea por vía endoscópica, colocación de globo intragástrico, todas los procedimientos terapéuticos y diagnósticos se realizaron previa autorización y firma de consentimiento informado, las complicaciones presentadas se reportaron y analizaron según el procedimiento realizado. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, utilizando los registros elaborados en el periodo de tiempo mencionado y de todos los pacientes derechohabientes del IMSS, en los que sólo incluimos todo procedimiento endoscópico que se realizó con éxito y descartamos aquellos en los que no se llevó a cabo de forma exitosa, como pacientes sin ayuno, mala preparación del colon, casos con alteraciones en la hemostasia y pacientes que no autorizaron el consentimiento informado.

Resultados: Se realizaron 5106 procedimientos de los cuales, 4328 fueron procedimientos de diagnóstico, que incluyeron: panendoscopias 3911, rectosigmoidoscopias 209, colonoscopias 208. Terapéuticos fueron 778: ligaduras 210, dilataciones 224, escleroterapias 31, polipectomías 68, colangiopancreatografías 209, gastrostomías 22, sonda nasoyeyunal dos, globo intragástrico tres. Hubo las siguientes complicaciones: en tres colangiopancreatografías presentaron sangrado, una remitió de forma espontánea y otra requirió duodenotomía para controlar el sangrado; un caso fue controlado con escleroterapia y un caso de pancreatitis aguda leve que fue egresado por mejoría. Se incluyó un informe de perforación duodenal en un paciente en la tercera sesión de dilatación de píloro, realizándose cierre de la lesión, con sepsis de origen abdominal y posteriormente fallecimiento. Se presentaron dos episodios de sangrado en pacientes con presencia de várices esofágicas, los cuales se resolvieron mediante ligadura en el mismo procedimiento.

Conclusiones: El diagnóstico endoscópico, tanto del tubo digestivo superior e inferior, es uno de los recursos con mayor índice de seguridad al no presentar ningún evento adverso relacionado al realizar dicho procedimiento, no así los terapéuticos, en los que se demuestra una incidencia baja compatible con los resultados publicados en la bibliografía. Al comparar el índice de complicaciones en otros centros de endoscopia, encontramos que la tasa de las mismas indican que tenemos un bajo índice de complicaciones: 15.23%. En los procedimientos de carácter terapéutico, sólo hubo una perforación duodenal secundaria que desarrolló sepsis de origen abdominal y fallecimiento del paciente; este hecho lleva a un índice de mortalidad de 0.01%. Hubo tres casos de sangrado pos-colangiopancreatografía y un caso de pancreatitis pos-colangiopancreatografía, lo que da como resultado un índice de 1.91% de complicación, dos casos de sangrado por varices esofágicas con un índice de 0.95% resueltas durante el mismo procedimiento sin que requirieran estancia hospitalaria prolongada. Los datos enunciados llevan a un índice general de complicaciones en procedimientos terapéuticos de 0.89% y en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de 0.13%, encontrando que son complicaciones con un índice muy bajo y esperadas en los procedimientos terapéuticos realizados.