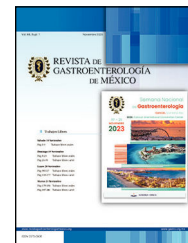




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Endoscopia

Dom012

CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LAS BIOPSIAS GUIADAS POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS UTILIZANDO TRES DIFERENTES AGUJAS

J. O. Alonso-Lárraga, J. M. Jiménez-Gutiérrez, M. Meneses-Mayo, L. C. Cetina-Pérez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: Las lesiones sólidas del páncreas comprenden un amplio espectro de anomalías benignas y malignas. Por mucho tiempo, la técnica diagnóstica habitual fue la punción del páncreas mediante ultrasonido endoscópico, con uso de agujas que permitían aspirar células para análisis citológico. Con estas agujas, la sensibilidad fluctuaba entre 54% y 95%. Dada la variabilidad de los resultados, se optó por contar con un citopatólogo en la sala de endoscopia para el diagnóstico durante la intervención. Con este cambio, el rendimiento diagnóstico aumentó entre 10% y 30%. Sin embargo, esta propuesta depende de la disponibilidad de citopatólogos. En fecha reciente, con la fabricación de agujas que permiten tomar verdaderas biopsias, la sensibilidad se elevó. No obstante, se desconoce la certeza diagnóstica de las agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido cuando no se utiliza análisis citológico rápido durante el procedimiento. Los autores creen que la certeza diagnóstica puede ser mayor de 90% con al menos una de estas tres agujas.

Objetivo: Comparar la certeza diagnóstica de las biopsias por aspiración para el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas con empleo de tres clases de agujas diferentes.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo. Se revisaron los expedientes de pacientes con lesiones sólidas de páncreas atendidos entre enero de 2017 y junio de 2021. Se incluyó a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, sin cirugías del tracto digestivo. Se excluyó a los enfermos con expedientes incompletos. Los participantes se incluyeron en tres grupos de acuerdo con la aguja empleada para la biopsia: a) Franseen, b) Fork-tip y c) bisel lateral invertido. Se analizaron variables, como edad, sexo, tamaño de la lesión, localización de la lesión, calibre de la aguja, número de pases con la aguja, diagnóstico histológico y complicaciones del procedimiento. Análisis estadístico: las variables nominales se presentaron como frecuencias y porcentajes y las variables continuas como medianas y rangos intercuartílicos. Para la prueba de hipótesis se utilizó la ji cuadrada de Pearson. Para comparar los resultados entre las agujas se usó la prueba exacta de Fisher con intervalos de confianza del 95%. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron los expedientes de 263 sujetos con una mediana de edad de 62 años. El 56% de las lesiones se identificó en mujeres y la localización predominante fue la cabeza del páncreas en 69,2% de los casos. El tamaño de las lesiones pancreáticas tuvo una mediana de 30,7 mm. El total de agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido correspondió a 154 (58,6%), 55 (20,9%) y 54 (20,5%), respectivamente. La certeza diagnóstica para las agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido fue de 93,5%, 87,3% y 83,3%, ($p = 0,023$).

Conclusiones: Las biopsias con agujas tipo Franseen mostraron una certeza diagnóstica superior al 90% y podrían ser la primera opción para tomar biopsias cuando no se dispone de un citopatólogo. Las agujas Fork-tip pueden ser una alternativa para las agujas Franseen.

Financiamiento: Ninguno.

Dom013

TRATAMIENTO DE VÁRICES GÁSTRICAS GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA

T. F. Meléndez-Alvarado, J. L. Romero-Flores, A. Saúl-Pérez, M. A. Ramírez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las várices gástricas representan 10% a 30% de las hemorragias variceales y se relacionan con una morbilidad y mortalidad significativas con un mayor riesgo de resangrado. Las opciones actuales de tratamiento endoscópico de las várices gástricas se basan en la inyección de cianoacrilato, que es técnicamente desafiante y se acompaña de complicaciones, como embolización sistémica, retiro fallido de la aguja después de la inyección variceal, y ulceración profunda que ocasiona resangrado. El tratamiento de inyección de várices gástricas guiado por ultrasonido endoscópico (USE) confiere ventajas potenciales sobre la visualización endoscópica convencional, ya que mejora la precisión de la inyección, corrobora la obliteración de las várices con Doppler y permite la inyección de las venas perforantes o alimentadoras. La cantidad de cianoacrilato necesaria para la obliteración completa podría reducirse, lo que a su vez podría disminuir las complicaciones adjuntas. Otra técnica emergente es la introducción de espirales bajo guía ecoendoscópica seguida de la inyección de pegamento. El objetivo del tratamiento combinado consiste en inyectar menos volumen de cianoacrilato y atenuar el riesgo de embolización. Este método ha demostrado tasas elevadas de éxito clínico y técnico con un perfil de seguridad favorable. **Objetivo:** Describir la eficacia y seguridad del tratamiento de las várices gástricas guiado por ultrasonido endoscópico.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los datos de pacientes sometidos a tratamiento de várices gástricas guiado por USE en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) durante un periodo de 18 meses (noviembre del 2021 a abril del 2023). Se excluyó a los pacientes con várices gástricas GOV-1, hemodinámicamente inestables y menores de 18 años. Dos ecoendoscopistas expertos efectuaron el procedimiento con el paciente bajo sedación procedural. Se utilizó un ecoendoscopio lineal Olympus 190 y se usó el Doppler para la inyección de espirales, con subsecuente inyección de cianoacrilato, o bien tan sólo inyección de cianoacrilato y uso de agujas FNA de 19 G o 22 G. Se documentaron los episodios adversos luego del procedimiento endoscópico de acuerdo con la clasificación AGREE. Se documentó el seguimiento posterior al procedimiento para determinar nuevos episodios de hemorragia digestiva alta variceal. Los datos se tabularon y analizaron con el software Microsoft® Excel para Mac V 16.62.

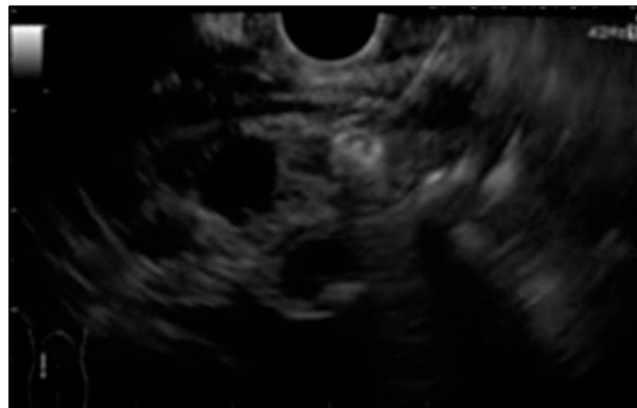
Resultados: Se incluyó a un total de cinco pacientes en el análisis. La edad promedio fue de 64 años con límites de edad de 54 a 71 años. Todos los pacientes tenían hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática. La calificación MELD-Na osciló entre 10 y 12 puntos. Los cinco pacientes se sometieron al procedimiento como profilaxis secundaria. El 80% tenía várices gástricas IGV-1 y el resto IGV-2. El tamaño de las várices varió de 2 cm a 10 cm. En dos pacientes se realizó inyección de una espiral (8 mm x 10 cm y 4 mm x 4 cm) con posterior inyección de 1 mL de 2-octil-cianoacrilato (Fig. 1); en el resto de los individuos sólo se empleó una inyección de 1 mL de cianoacrilato. En 1 (20%) de los pacientes se identificó durante la punción un sangrado aproximado de 250 mL que se autolimitó y no requirió ningún control adicional. Se alcanzó el éxito técnico en el 100% de los casos. Ningún sujeto desarrolló embolismo sistémico como complicación durante el seguimiento. La erradicación

de las várices gástricas se logró en 3 (60%) individuos, que tuvieron un seguimiento de seis a 15 meses.

Conclusiones: En la experiencia de los autores se observaron seguridad y eficacia en el tratamiento de las várices gástricas guiado por USE, con complicaciones mínimas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Inyección de una espiral dentro de una várice gástrica. (Dom013)



Dom014

CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LAS FUGAS BILIARES POSQUIRÚRGICAS POR COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

C. A. Campoverde-Espinoza, B. A. Enríquez-Constantino, J. C. Zavala-Castillo, D. Muñoz-Fuentes, R. Herrera-Gallo, D. Ruiz-Reyes, C. D. Arteaga-González, A. J. García-Cortés, L. A. Molina-Arroyo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento para la colelitiasis sintomática o complicada. Las fugas biliares posteriores a ésta pueden ocurrir en 0,3% a 2,7%. El tratamiento de estas fugas ha evolucionado desde la cirugía hasta la endoscopia por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que disminuye o elimina el gradiente de presión entre el conducto biliar común y el duodeno, lo cual crea un flujo de bilis transpapilar y permite sellar la fuga con éxito del 90% para fugas Strasberg A, B y D.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y el tratamiento por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes con fuga biliar posquirúrgica.

Material y métodos: Diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se identificaron los informes de CPRE de pacientes con diagnóstico de fuga biliar desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de marzo de 2023; se incluyeron los expedientes clínicos, informes endoscópicos, notas quirúrgicas y de laboratorio. Las fugas biliares se clasificaron de acuerdo con Strasberg y de alto o bajo grados por colangiografía. Para valorar su tratamiento se incluyó a pacientes con dos o más CPRE y se definió la refractariedad cuando la fuga persistía en la segunda CPRE. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes; las numéricas en medias y desviación estándar. Se usaron las pruebas χ^2 , exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney (comparación de grupos) según correspondiera. El valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: De 2018 pacientes que ingresaron al servicio de endoscopia gastrointestinal con indicación de CPRE de enero de 2021 a marzo de 2023 se incluyeron 69 con diagnóstico de fuga biliar (3,42%). El 54,9% correspondió a mujeres y la edad fue de 47,74 ±

17,71 años. En el 73,9%, la fuga biliar se presentó después de cirugía urgente, con abordaje laparoscópico en el 62,3%, y se practicó colecistectomía subtotal en el 18,8%. El 69,6% tuvo drenaje con gasto biliar de $263,40 \pm 392,45$ mL, leucocitos: $9,70 \pm 4,88 \times \text{mm}^3$, bilirrubina total: $1,82 \pm 2,59$ mg/dL, bilirrubina directa: $0,95 \pm 1,42$ mg/dL, indirecta: $0,90 \pm 1,24$ mg/dL, fosfatasa alcalina: $234,42 \pm 196,90$ U/L, AST: $42,47 \pm 37,65$ U/L y ALT: $55,77 \pm 48,76$ U/L. Al clasificarlas por CPRE, el 52,2% correspondió a Strasberg A, el 21,7% a D, el 4,3% a E y el 17,4% tuvo fuga del remanente vesicular; el 69,6% fue de bajo grado y el diámetro del colédoco fue de $8,48 \pm 4,50$ mm, con coledocolitiasis residual en 29,0%. La canulación fue difícil en 53,6% y se consiguió con precorte tipo fistulotomía hasta en el 44,11%. En la terapéutica, el 98,6% fue objeto de prótesis biliar plástica tipo Ámsterdam 10 Fr x 10 cm, esfinterotomía o ampliación de una previa en el 100%. El 53,62% tuvo seguimiento y de esa proporción el 89,5% experimentó remisión de la fuga identificada en la CPRE de seguimiento; el 18,92% mostró refractariedad,

pero todas remitieron después de dos o más CPRE. En relación con las complicaciones, el 16,2% sufrió estenosis de la vía biliar y de éstas el 83,3% tenía diagnóstico de afección Strasberg D. Por último, la canulación fue difícil en pacientes con fuga de bajo grado ($p = 0,036$); la mayoría de las fugas de alto grado fue Strasberg D ($p = 0,024$). Todas las de tipos A y D remitieron en comparación con las del remanente vesicular y el tipo E 100% contra 87,7% y 0% ($p = 0,000$), sin existir diferencia con respecto a la coledocolitiasis, diámetro del colédoco, número de CPRE o el tiempo.

Conclusiones: El 3,42% de las CPRE se practicó por fuga biliar y la más frecuente fue de bajo grado y Strasberg A. El 89,5% de los pacientes con seguimiento remitió. Casi todos los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tuvieron fuga biliar, lo que es esperable por el tipo de procedimiento. Se concluye que en el centro de los autores la frecuencia y la resolución son iguales respecto de los estudios internacionales.

Financiamiento: Ninguno.