



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

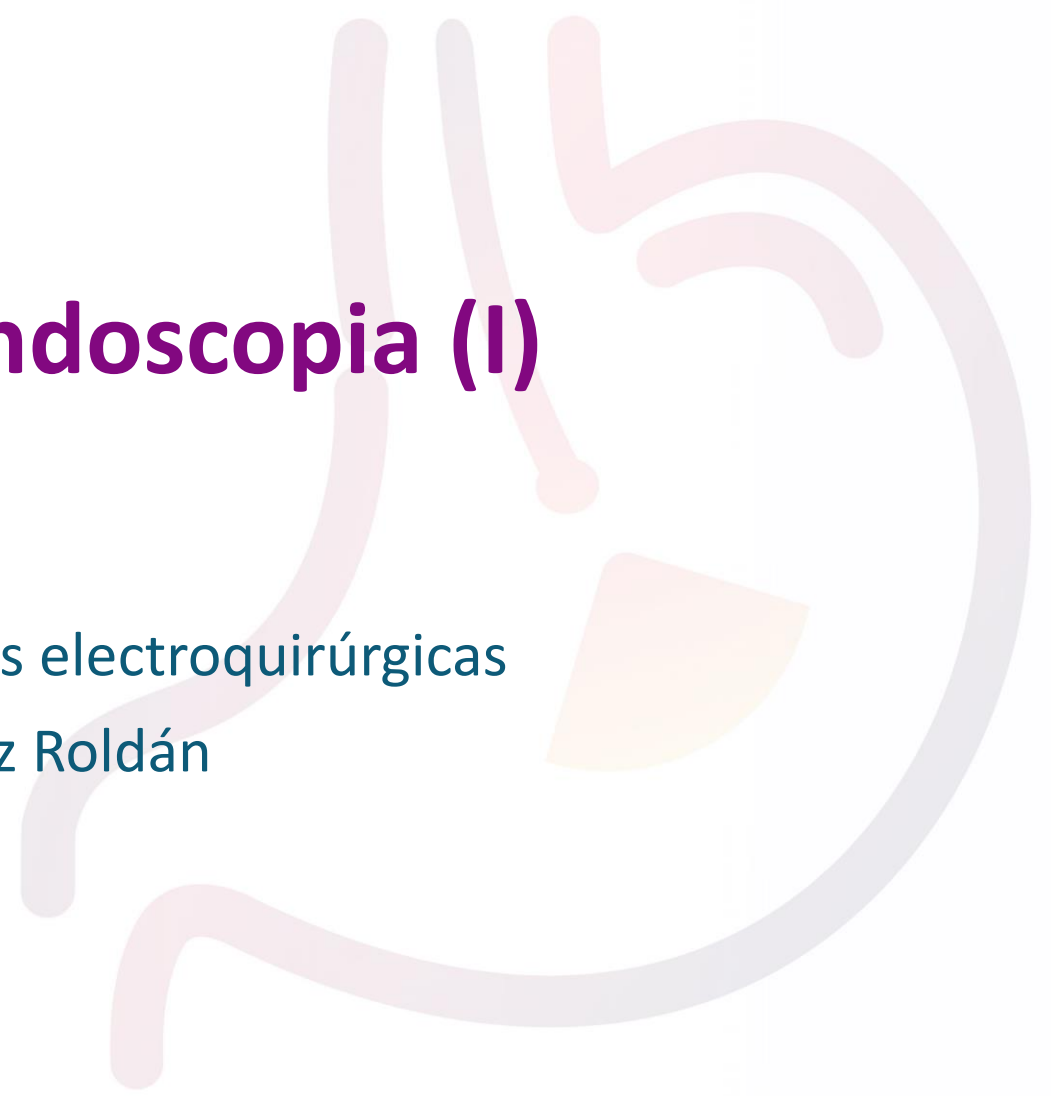
Generalidades endoscopia (I)

Caso clínico:

Manejo de fuentes electroquirúrgicas

Autor:

Dr. Francisco Pérez Roldán



Programa

- **Clases magistrales**
 - Tipos de endoscopios y funcionamiento básico
 - Material fungible básico: características
 - Diseño de una unidad de endoscopias

Dr. Joaquín de la Peña
Dr. Álvaro Terán
Dr. Fco. Javier Jiménez
- **Seminarios**
 - Fuentes electroquirúrgicas
 - Reprocesamiento de equipos

Dr. Francisco Pérez
Dr. Leopoldo López
- **Casos clínicos**
 - Manejo de fuentes electroquirúrgicas

Dr. Francisco Pérez
- **Píldoras**
 - Avances en imagen endoscópica

Dra. M^a Jesús López
- **Algoritmo diagnóstico**
 - Profilaxis antibiótica en endoscopia

Dra. Gemma Pacheco
- **Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior**
 - Caracterización de lesiones y correlación con la anatomía patológica
 - Contaminación de endoscopios por bacterias CRE

Dr. Álvaro Terán
Dr. Leopoldo López
- **Test de autoevaluación**

Conflicto de interés

Por la presente, declaro cualquier cosa que pueda considerarse un conflicto de intereses durante los últimos tres años, como consultorías pagadas o no pagadas, intereses comerciales o fuentes de pago de honorarios.

NADA QUE DECLARAR

Caso Clínico

- Varón de 86 años.
- AP: HTA, FA paroxística, parestesias en MMII. Diverticulosis cólica.
- Anemia ferropénica hace 1 año estudiada en Geriatria, que requirió transfusión de hemoderivados. La familia rechazó la realización de endoscopias digestivas.
- En tratamiento con omeprazol 20, losartan 50, rivaroxaban 20, amiodarona 200, furosemida 40, gabapentina 300, budesonida inhalada y terbutalina inhalada.

Exploraciones Complementarias

- Acude a consultas de Apto. Digestivo por **anemia ferropénica grave** y sangre oculta en heces positiva.
- ANALITICA: Hgb 6.9 g/dl, VCM 62.5, HCM 18.2, plaquetas 209000 /uL, Tiempo de protrombina 72% (INR 1.25)
- COLONOSCOPIA: diverticulosis cólica.
- GASTROSCOPIA: gastritis crónica, pólipos hiperplásicos en fundus y cuerpo milimétricos y lesión polipoidea pílorobulbar de gran tamaño que obstruye parcialmente el píloro.

Gastroscoopia



Fecha: 24/Jun/2021 09:58:51
ID: ID
Comentarios: Comment

Doctor: Dr.
Nombre: Name

Edad: Age
Sexo: S

Pregunta 1. En este paciente anticoagulado, ¿qué le podríamos ofrecer?

- a. Enviarle a Cirugía para que hagan una resección quirúrgica.
- b. Como es mayor, quemar el pólipo con gas argón.
- c. No hacer nada, que es mayor y tiene riesgos.
- d. Resección endoscópica del pólipo con corriente monopolar.

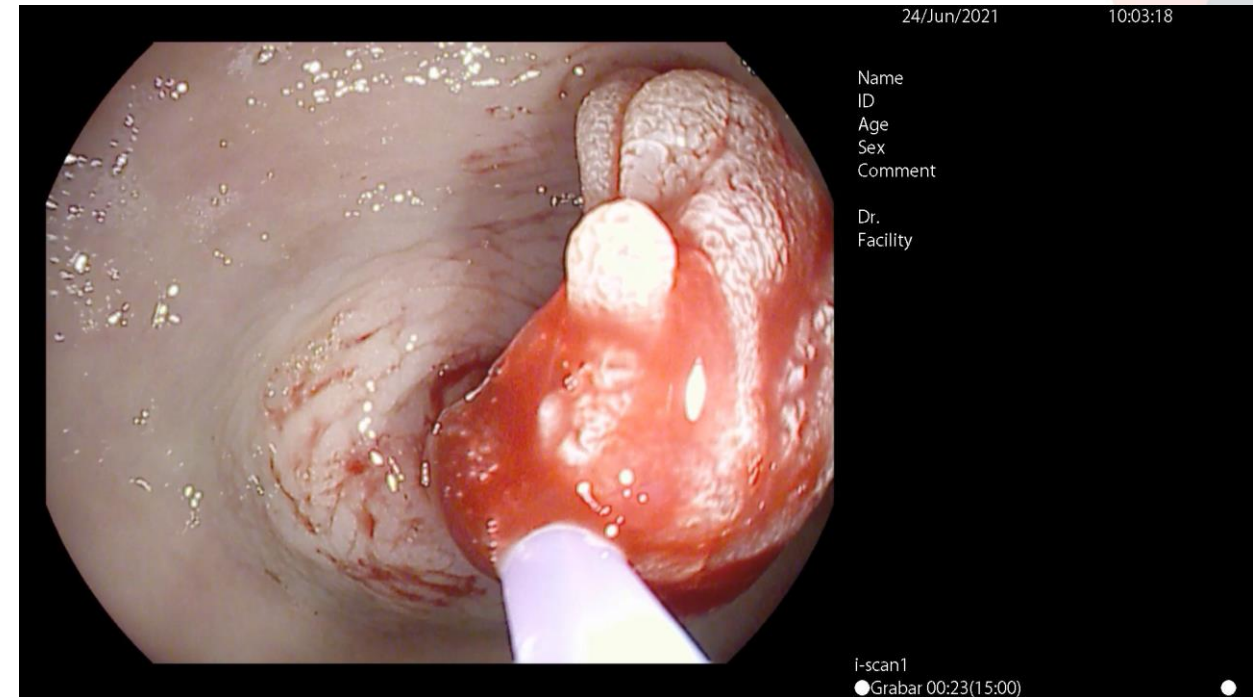
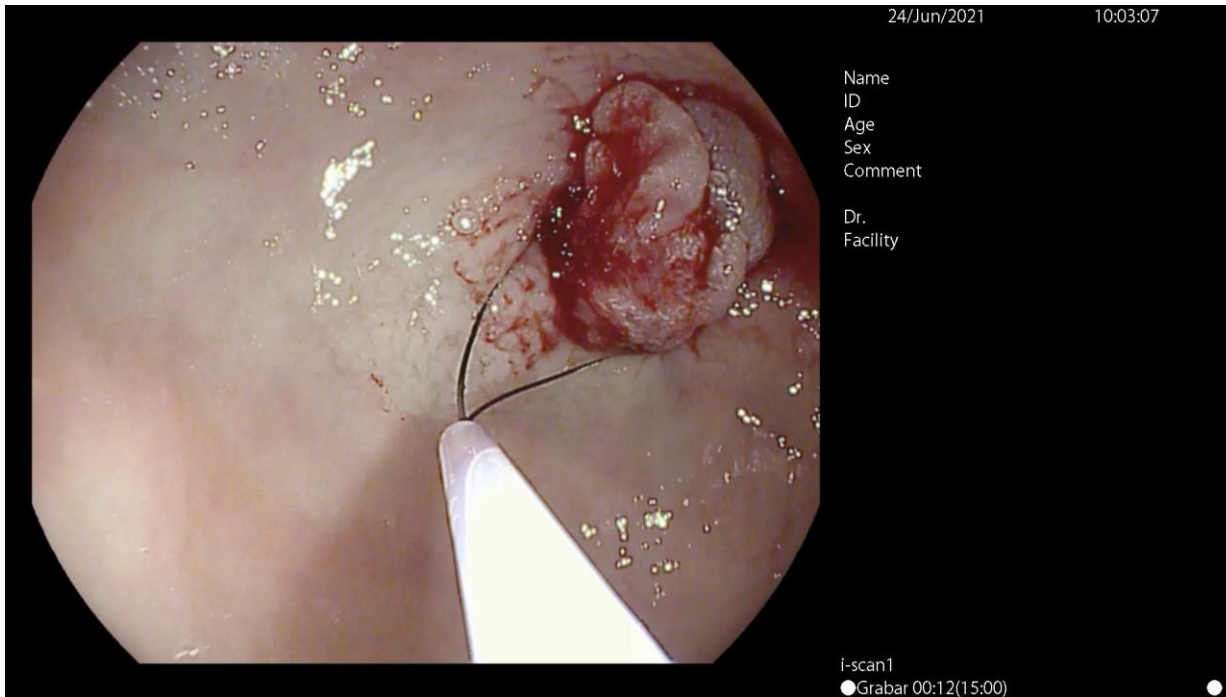
Pregunta 1. En este paciente anticoagulado, ¿qué le podríamos ofrecer?

- a. Enviarle a Cirugía para que hagan una resección quirúrgica.
- b. Como es mayor, quemar el pólipo con gas argón.
- c. No hacer nada, que es mayor y tiene riesgos.
- d. Resección endoscópica del pólipo con corriente monopolar.**

Plan terapéutico

- Se decide RESECCIÓN ENDOSCÓPICA.
- Ingreso programado por pólipo de riesgo, supresión de rivaroxaban.
- Elevación de la base del pólipo con adrenalina diluida 1/10000.
- Corriente monopolar y resección mediante asa de polipectomía

Resección endoscópica con asa



Pregunta 2. Pero qué modo de corriente usaremos para la resección?

- a. Endo-cut.
- b. Corriente de mezcla 2.
- c. Argón-plasma.
- d. Cualquiera de a o b

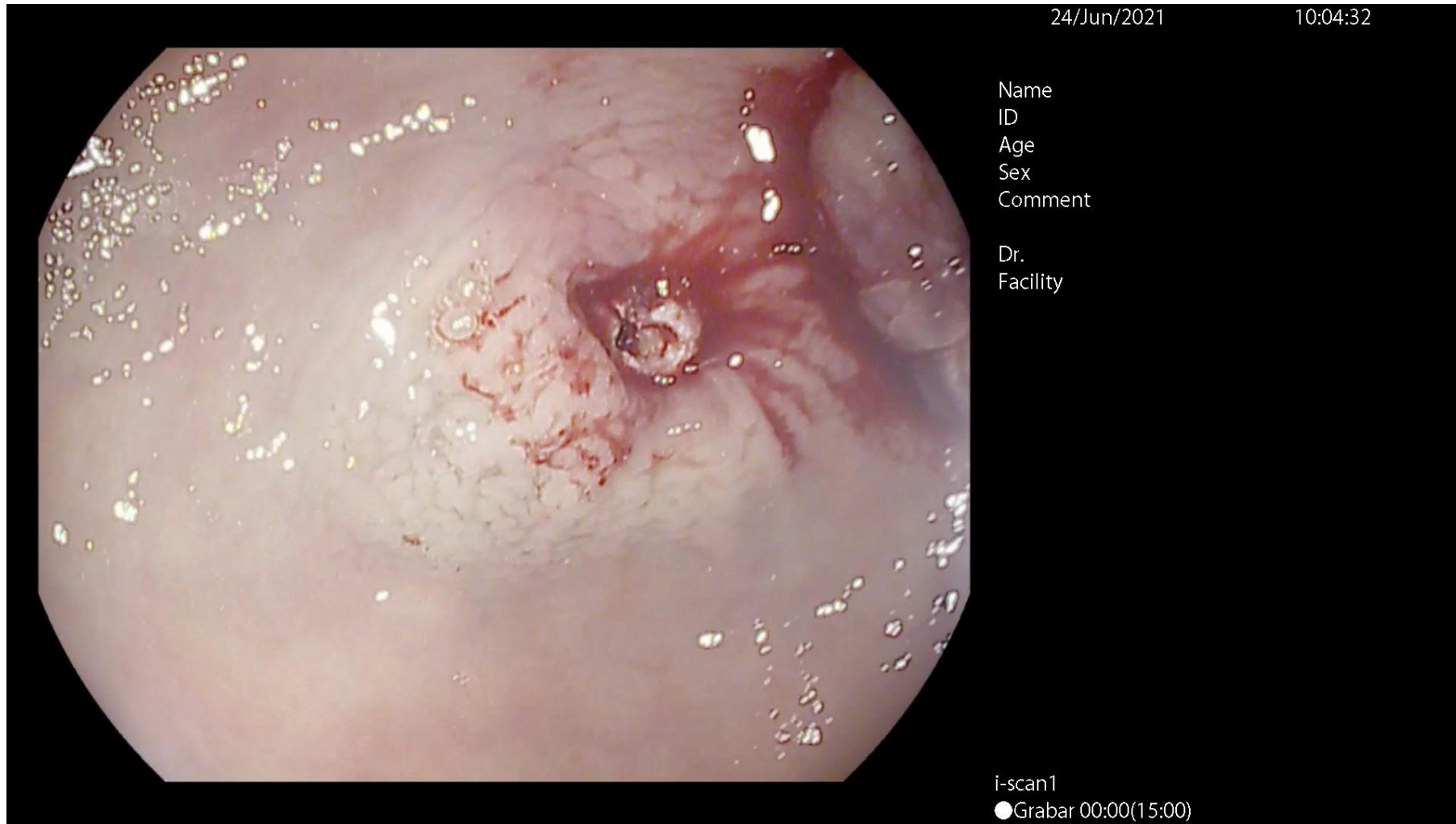
Pregunta 2. Pero qué modo de corriente usaremos para la resección?

- a. Endo-cut.
- b. Corriente de mezcla 2.
- c. Argón-plasma.
- d. Cualquiera de a o b**

Escara postpolipectomía

- Tras la resección aparece sangrado babeante.
- Además se ve pequeño remanente polipoideo en la vertiente bulbar del píloro, que anteriormente no podía verse por el tamaño del pólipo y su situación.

Escara postpolipectomía



Pregunta 3. Ya está resecado el pólipo, pero hay pequeño sangrado de la escara y tejido remanente en la vertiente bulbar del píloro. ¿Qué hacemos ahora?

- a. Damos argón plasma para el sangrado y el remanente.
- b. Esclerosamos la escara para el control de la hemorragia y lo enviamos programado para tratamiento quirúrgico.
- c. Como es un paciente mayor, no hacemos nada. Si resangra, le hacemos una gastroscopia con fines hemostáticos.
- d. Son falsas a y c.

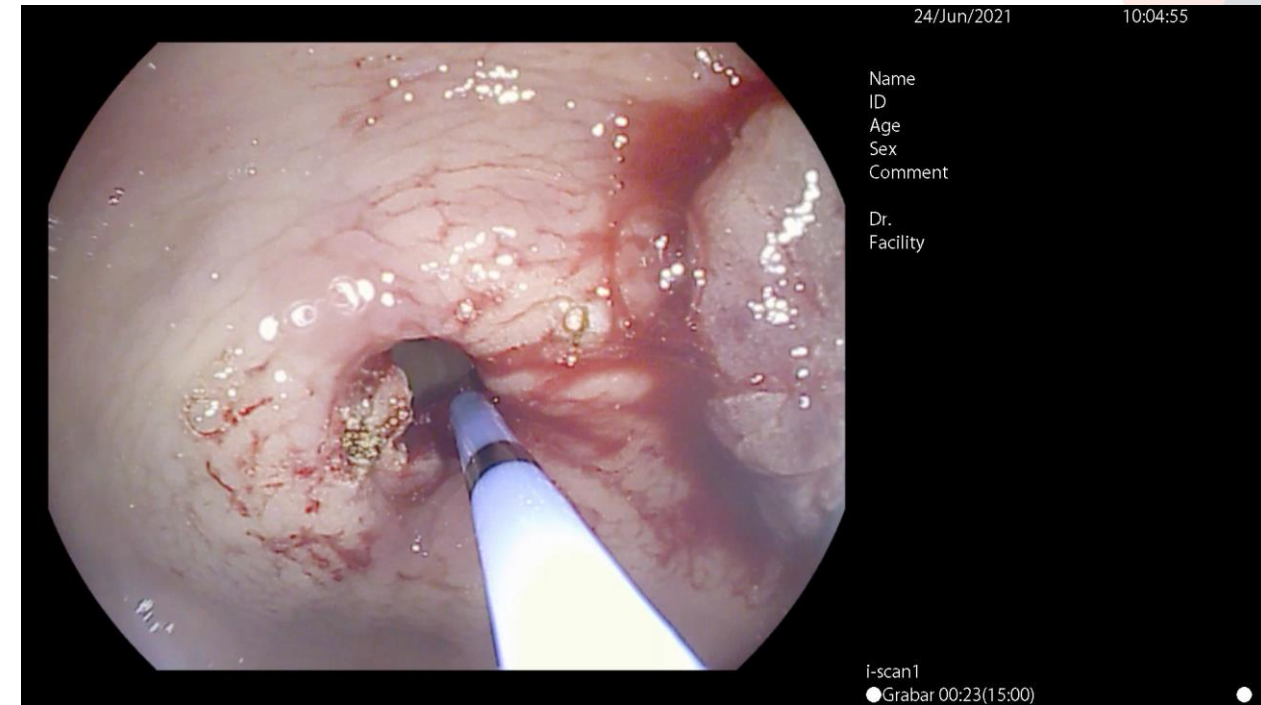
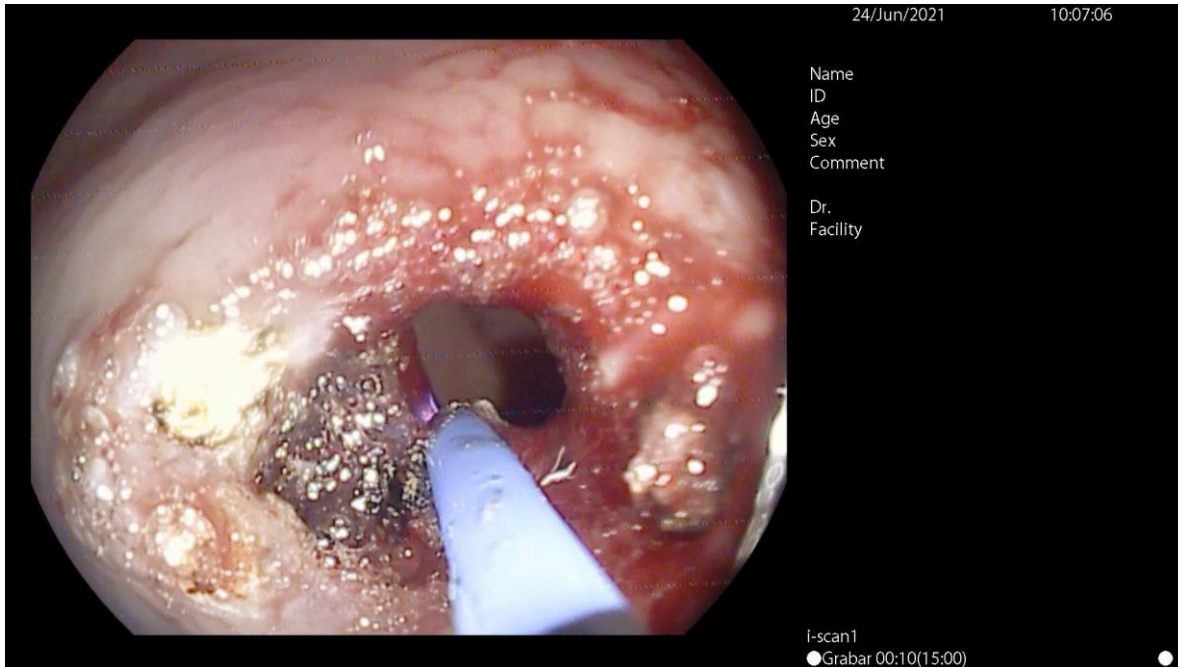
Pregunta 3. Ya está resecado el pólipo, pero hay pequeño sangrado de la escara y tejido remanente en la vertiente bulbar del píloro. ¿Qué hacemos ahora?

- a. **Damos argón plasma para el sangrado y el remanente.**
- b. Esclerosamos la escara para el control de la hemorragia y lo enviamos programado para tratamiento quirúrgico.
- c. Como es un paciente mayor, no hacemos nada. Si resangra, le hacemos una gastroscopia con fines hemostáticos.
- d. Son falsas a y c.

Tratamiento de la escara

- Aplicamos argón-plasma, consiguiendo control del sangrado
- Posteriormente damos APC sobre el remanente polipoideo bulbar postpilórico.

Gastroscoopia



Seguimiento

- Alta hospitalaria a las 24 horas sin problemas.
- No aparecieron complicaciones tras la polipectomía.
- La histología es de adenoma tubulovelloso con displasia leve.
- La base del pólipo NO presenta displasia.
- Se revisó endoscópicamente la escara a las 4 semanas, viéndose cicatriz pilórica postpolipectomía y no había ningún remanente polipoideo.

Pregunta 4. La pieza histológica es de un pólipo tubulo-velloso con displasia. ¿Debemos hacer algún tratamiento endoscópico sobre la cicatriz post-polipectomía?

- a. Como es un paciente de edad avanzada, no hacemos seguimiento.
- b. Tomar biopsias de la escara y en función de los hallazgos valorar retratamiento con argón plasma.
- c. Aunque la escara postpolipectomía sea normal, aplico argón-plasma por si acaso queda algún remanente polipoideo.
- d. Colocar una prótesis metálica totalmente recubierta temporal como profilaxis de estenosis pilórica postpolipectomía.

Pregunta 4. La pieza histológica es de un pólipo tubulo-velloso con displasia. ¿Debemos hacer algún tratamiento endoscópico sobre la cicatriz post-polipectomía?

- a. Como es un paciente de edad avanzada, no hacemos seguimiento.
- b. Tomar biopsias de la escara y en función de los hallazgos valorar retratamiento con argón plasma.**
- c. Aunque la escara postpolipectomía sea normal, aplico argón-plasma por si acaso queda algún remanente polipoideo.
- d. Colocar una prótesis metálica totalmente recubierta temporal como profilaxis de estenosis pilórica postpolipectomía.