



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

Organiza:



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Con la colaboración de:



Panendoscopia oral

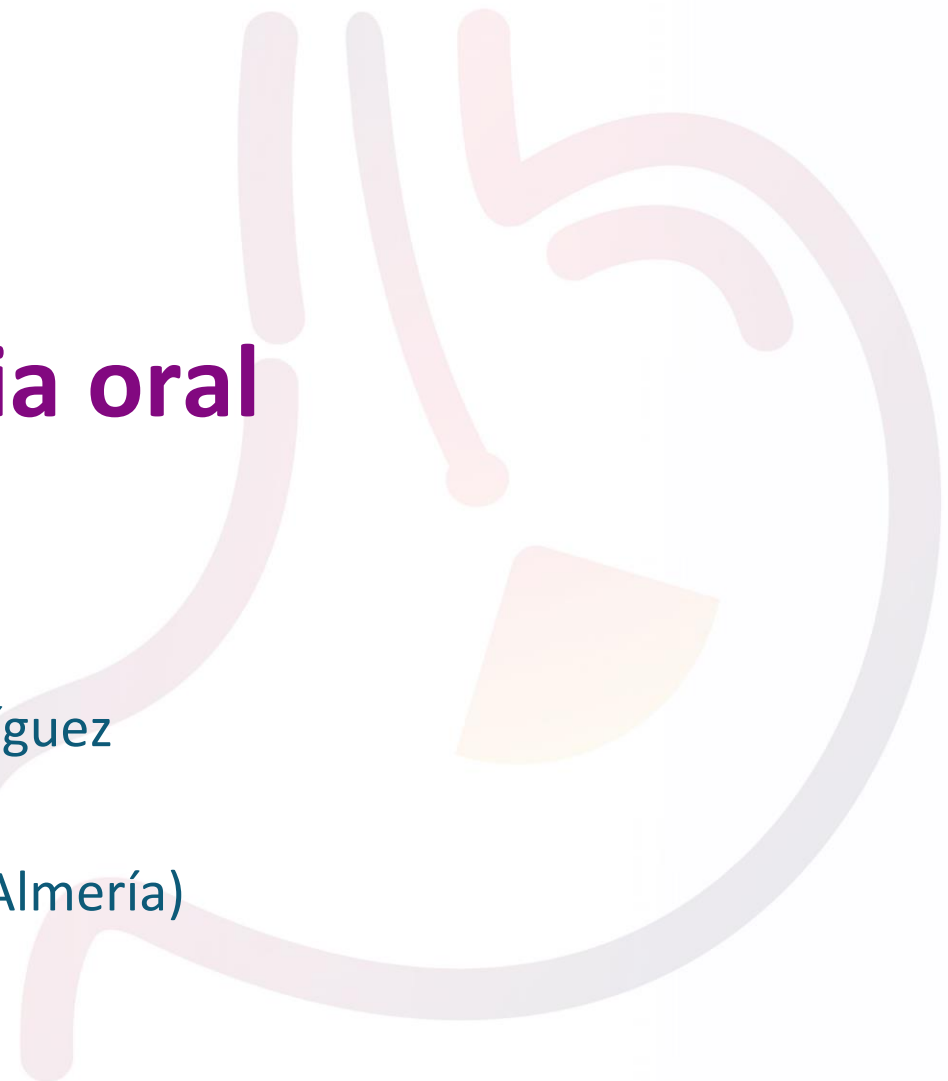
Caso clínico 1

Autores:

Dr. Juan Antonio Vázquez Rodríguez

Dra. Carmen Molina Villalba

Hospital de Poniente, El Ejido (Almería)



Programa

- Clases magistrales

- Anatomía normal gástrica, descripción del procedimiento, indicaciones y criterios de calidad de la gastroscopia. Dr. Juan Martín
- Patología péptica y asociada (diagnóstico endoscópico) Dr. Francisco García
 - Esofagitis péptica, hernia hiatal y estenosis
 - Úlcera gastroduodenal y helicobacter pylori
 - Estómago post-quirúrgico
- Patología asociada a hipertensión portal y vascular, infecciosa, y miscelánea (diagnóstico endoscópico) Dra. María Muñoz
 - Esófago (Varices esofágicas y gástricas, Esofagitis infecciosas)
 - Estómago (Gastropatía HTP, GAVE, Dieulafoy, Pólipos gástricos)
- Patología neoplásica: (diagnóstico endoscópico) Dr. Fco. Manuel Fernández
Dra. M^a Ángeles Romero
 - Esófago (Carcinoma epidermoide, Esófago de Barrett y AdenoCarcinoma, Otras lesiones)
 - Estómago (Adenoma, Adenocarcinoma, Linfoma MALT, Otras lesiones)
 - Duodeno (Adenoma, Adenocarcinoma)

- Seminario

- Endoscopia alta en urgencias: indicaciones y manejo
 - HDA
 - Cáusticos
 - Cuerpos extraños

Dra. Carmen Molina
Dr. Juan A. Vázquez

- Casos clínicos

- Caso clínico 1
- Caso clínico 2

Dr. Francisco Gallego
Dr. Alberto Marqués

- Píldora

- Esofagitis eosinofílica: aproximación diagnóstica y terapéutica

Dr. Fco. Manuel Fernández
Dra. M^a Ángeles Romero

- Algoritmo diagnóstico

- Manejo de la hemorragia digestiva alta varicosa y no varicosa

Dr. Alejandro Viejo
Dr. Claudio Rodríguez

- Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior

- ¿Cribado poblacional de neoplasias del TGI superior en Occidente?

Dra. Leticia Mongil
Dra. Isabel Pinazo

- Test de autoevaluación

Conflicto de interés

- Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Caso clínico

Varón de 63 años que acude al servicio de Urgencias por cuadro de debilidad, mareo y deposiciones de aspecto melénico de dos días de evolución

- Bebedor de 30 g de alcohol y fumador de 1 paquete diarios
- Hipertensión arterial
- Psoriasis
- No intervenciones quirúrgicas
- Tratamiento habitual: doxazosina 4 mg/24 h, enalapril 20 mg/24 h, hidroclorotiazida 25 mg/24 h

Caso clínico

A la exploración:

- TA 90/50 mmHg; FC 88 lpm; SatO2 98%
- Buen estado general. Ligera palidez de piel y mucosas
- ACR: tonos cardíacos rítmicos taquicárdicos, murmullo vesicular conservado
- Abdomen: blando, no doloroso, sin signos de peritonismo
- Tacto rectal: dedil manchado de heces melénicas

Pruebas complementarias:

- ECG: taquicardia sinusal, no alteraciones en la repolarización
- RX tórax: senos costofrénicos libres, no infiltrados ni condensaciones
- Analítica: hemoglobina 7,8 g/dl; urea 127 mg/dl; creatinina 1,2 mg/dl; INR 1,09

Caso clínico

¿Cuál de las siguientes acciones realizaría en esta situación?

1. Transfundir 2 concentrados de hematíes
2. Canalizar 2 vías periféricas de calibre grueso (16 G) para reponer volemia
3. Avisar al endoscopista de guardia para realizar gastroscopia urgente tan pronto como sea posible
4. Colocar sonda nasogástrica para realizar lavados gástricos

Caso clínico

¿Cuál de las siguientes acciones realizaría en esta situación?

1. Transfundir 2 concentrados de hematíes
2. **Canalizar 2 vías periféricas de calibre grueso (16 G) para reponer volemia**
3. Avisar al endoscopista de guardia para realizar gastroscopia urgente tan pronto como sea posible
4. Colocar sonda nasogástrica para realizar lavados gástricos

Caso clínico

RECOMMENDATION

ESGE recommends, in hemodynamically stable patients with acute UGIH and no history of cardiovascular disease, a restrictive red blood cell (RBC) transfusion strategy with a hemoglobin threshold of ≤ 7 g/dL prompting RBC transfusion. A post-transfusion target hemoglobin concentration of 7–9 g/dL is desired.
Strong recommendation, moderate quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE does not recommend the routine use of nasogastric or orogastric aspiration/lavage in patients presenting with acute UGIH.
Strong recommendation, moderate quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE recommends immediate assessment of hemodynamic status in patients who present with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH), with prompt intravascular volume replacement initially using crystalloid fluids if hemodynamic instability exists.
Strong recommendation, low quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE does not recommend emergent (≤ 6 hours) upper GI endoscopy since this may be associated with worse patient outcomes.
Strong recommendation, moderate quality evidence.

Caso clínico

Gastroscoopia urgente:

- Esófago: mucosa, morfología y distensibilidad normales. Transición esófago-gástrica al mismo nivel que la impronta diafragmática.
- Estómago: mucosa de fundus, cuerpo y antro normales. En incisura angular se observa úlcera excavada de aproximadamente 15 mm con un coágulo adherido a la base de la úlcera (Forrest IIb) que se desprende con lavado, permitiendo visualizar fondo de úlcera fibrinado, por lo que se decide no realizar terapéutica sobre la lesión ante la estabilidad de la misma. Pliegues y distensibilidad normales. Píloro centrado y permeable. En retrovisión no se observan otras lesiones.
- Duodeno: bulbo sin lesiones. Resto, hasta segunda porción, normal.

Caso clínico

¿Cuál es la actitud más correcta ante esta situación?

1. No realizar terapéutica endoscópica ni desprender el coágulo, al estar controlado el sangrado. Alta con omeprazol 40 mg/12 h
2. No realizar terapéutica endoscópica ni desprender el coágulo, y realizar gastroscopia de control ("second look") a las 24 horas.
3. Inyectar adrenalina diluida (1:10000) alrededor del coágulo para posteriormente retirarlo irrigando con agua o con asa de polipectomía, y decidir tratamiento de la lesión subyacente en función de los hallazgos
4. No retirar el coágulo e inyectar adrenalina diluida (1:10000) alrededor del coágulo por alto riesgo de resangrado

Caso clínico

¿Cuál es la actitud más correcta ante esta situación?

1. No realizar terapéutica endoscópica ni desprender el coágulo, al estar controlado el sangrado. Alta con omeprazol 40 mg/12 h
2. No realizar terapéutica endoscópica ni desprender el coágulo, y realizar gastroscopia de control ("second look") a las 24 horas.
3. **Inyectar adrenalina diluida (1:10000) alrededor del coágulo para posteriormente retirarlo irrigando con agua o con asa de polipectomía, y decidir tratamiento de la lesión subyacente en función de los hallazgos**
4. No retirar el coágulo e inyectar adrenalina diluida (1:10000) alrededor del coágulo por alto riesgo de resangrado

Caso clínico

RECOMMENDATION

ESGE suggests that peptic ulcers with an adherent clot (FIIb) be considered for endoscopic clot removal. Once the clot is removed, any identified underlying active bleeding (FIa or FIb) or nonbleeding visible vessel (FIIa) should receive endoscopic hemostasis.

Weak recommendation, moderate quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE does not recommend routine second-look endoscopy as part of the management of NVUGIH.

Strong recommendation, high quality evidence.

FIIb (adherent clot)



Consider performing clot removal followed by endoscopic hemostasis of underlying high risk stigmata⁴ OR

Medical management with high dose PPI (intravenous bolus + continuous infusion for 72 hours or minimum twice-daily intravenous bolus dosing for 72 hours or oral dosing)



If clot removal/endoscopic hemostasis performed:

- Dilute epinephrine injection circumferential to base of clot followed by clot removal using cold polyp snare guillotine technique
- If underlying high risk stigmata identified after clot removal, apply endoscopic hemostasis as described for FIa, FIb, FIIa stigmata
- High dose PPI (intravenous bolus + continuous infusion or minimum twice-daily intravenous bolus dosing for 72 hours or oral dosing)
- May start clear liquids soon after endoscopy
- Test for *H. pylori*, treat if positive; document *H. pylori* eradication
- If negative *H. pylori* test at index endoscopy, repeat testing within 4 weeks following the acute bleeding episode to confirm initial test was true negative

Caso clínico

El paciente ingresa en planta con perfusión de omeprazol y dieta absoluta.

A las 24 horas presenta episodio de hematemesis objetivada por personal sanitario en planta, con TA de 80/40 mmHg, FC de 120 lpm y hemoglobina de 6,5 g/dl en control analítico urgente.

Se administra suero fisiológico a ritmo rápido, se transfunden 2 concentrados de hematíes y se realiza gastroscopia urgente.

Caso clínico

Gastroscofia urgente (resangrado):



Caso clínico

¿Qué Forrest indicaría para la lesión mostrada?

1. Forrest IIc
2. Forrest IIb
3. Forrest Ia
4. Forrest III

Caso clínico

¿Qué Forrest indicaría para la lesión mostrada?

1. Forrest IIc
2. Forrest IIb
3. **Forrest Ia**
4. Forrest III

Caso clínico

¿Qué terapéutica endoscópica elegiría para dicha lesión?

1. Inyección de adrenalina diluida (1:10000) en los cuatro cuadrantes en combinación con un método mecánico (clips) o térmico (pinza bipolar)
2. Método mecánico (clips), térmico (pinza bipolar) o químico (inyección de sustancias esclerosantes) en monoterapia
3. Colocación de clip premontado sobre capuchón (Over-the-scope-clip, OTSC Ovesco®)
4. No se puede tratar endoscópicamente dada la localización y la fibrosis, derivándose a cirugía

Caso clínico

¿Qué terapéutica endoscópica elegiría para dicha lesión?

1. Inyección de adrenalina diluida (1:10000) en los cuatro cuadrantes en combinación con un método mecánico (clips) o térmico (pinza bipolar)
2. Método mecánico (clips), térmico (pinza bipolar) o químico (inyección de sustancias esclerosantes) en monoterapia
3. **Colocación de clip premontado sobre capuchón (Over-the-scope-clip, OTSC Ovesco®)**
4. No se puede tratar endoscópicamente dada la localización y la fibrosis, derivándose a cirugía

Caso clínico

RECOMMENDATION

Fla, Flb (active bleeding)

(a) ESGE recommends for patients with actively bleeding ulcers (Fla, Flb), combination therapy using epinephrine injection plus a second hemostasis modality (contact thermal or mechanical therapy) .

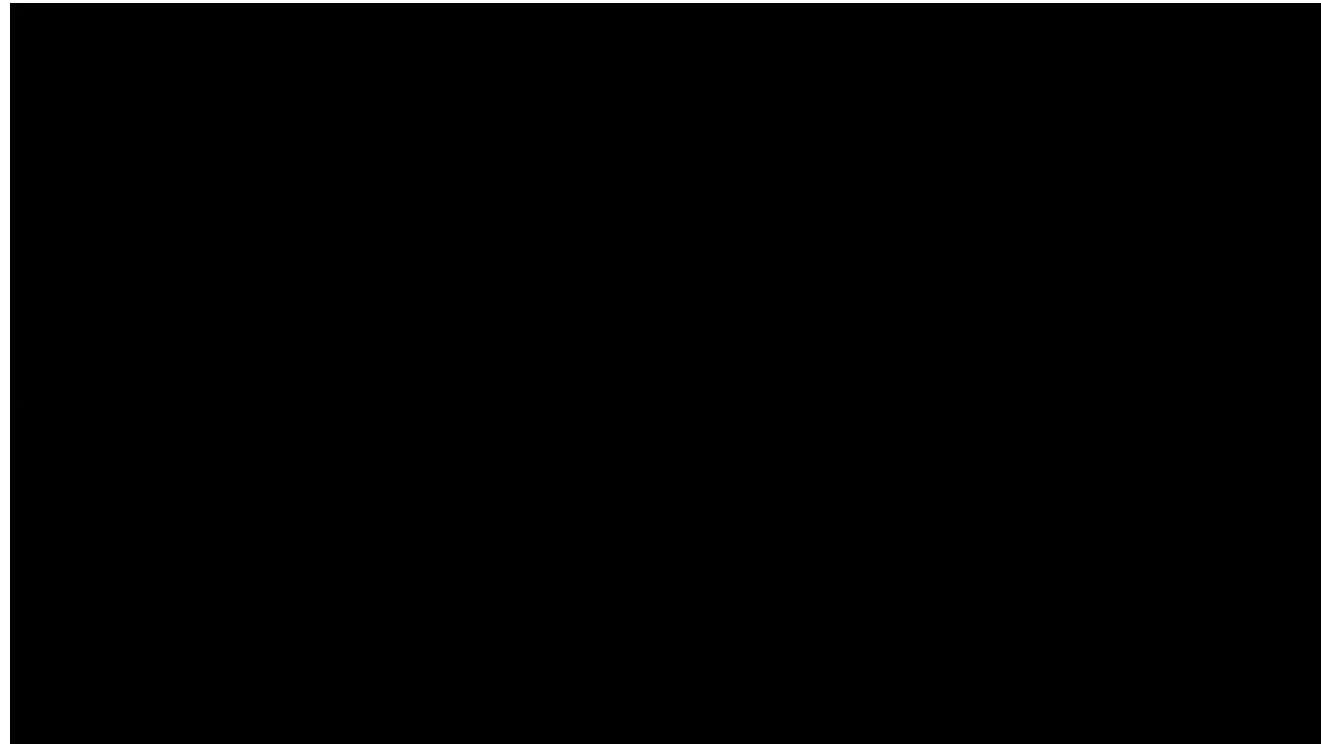
Strong recommendation, high quality evidence.

(b) ESGE suggests that in selected actively bleeding ulcers (Fla, Flb), specifically those >2 cm in size, with a large visible vessel >2 mm, or located in a high risk vascular area (e.g., gastroduodenal, left gastric arteries), or in excavated/fibrotic ulcers, endoscopic hemostasis using a cap-mounted clip should be considered as first-line therapy.

Weak recommendation, low quality evidence.

Caso clínico

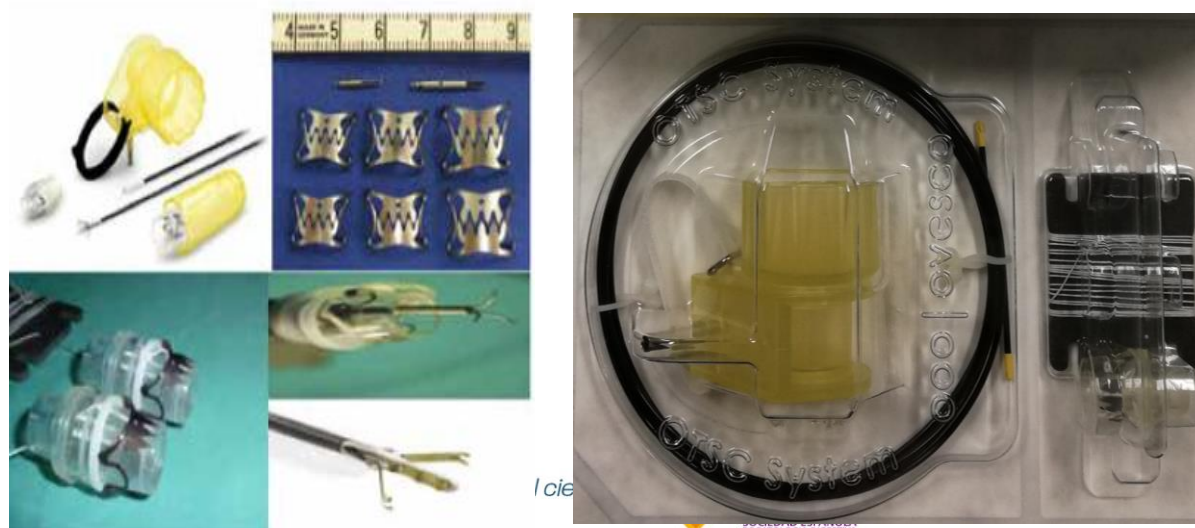
Vídeo de colocación Ovesco



Caso clínico

OVER THE SCOPE CLIPS (OVESCO)

- Clip de nitinol premontado en capuchón
- Instalación y sistema de liberación similar a bandas para ligadura de varices
- Mayor fuerza de compresión y mayor volumen de tejido/profundidad
- Hemostasia más duradera (3 meses)
- Varios tamaños y configuraciones (fístulas, perforación)
- Altas tasas de éxito como terapia de rescate
- Mayor costes
- Díficil colocación en posición tangencial (curvadura menor proximal y unión de primera y segunda porción duodenal)



Endoscope diameter		Ø 8,5 – 11 mm	Ø 10,5 – 12 mm	Ø 11,5 – 14 mm
Depth of cap	3 mm	● ●	● ●	● ●
	6 mm	● ●	● ● ●	● ●

Naseer M. World J Gastrointest Endosc 2020;12(1): 1-16

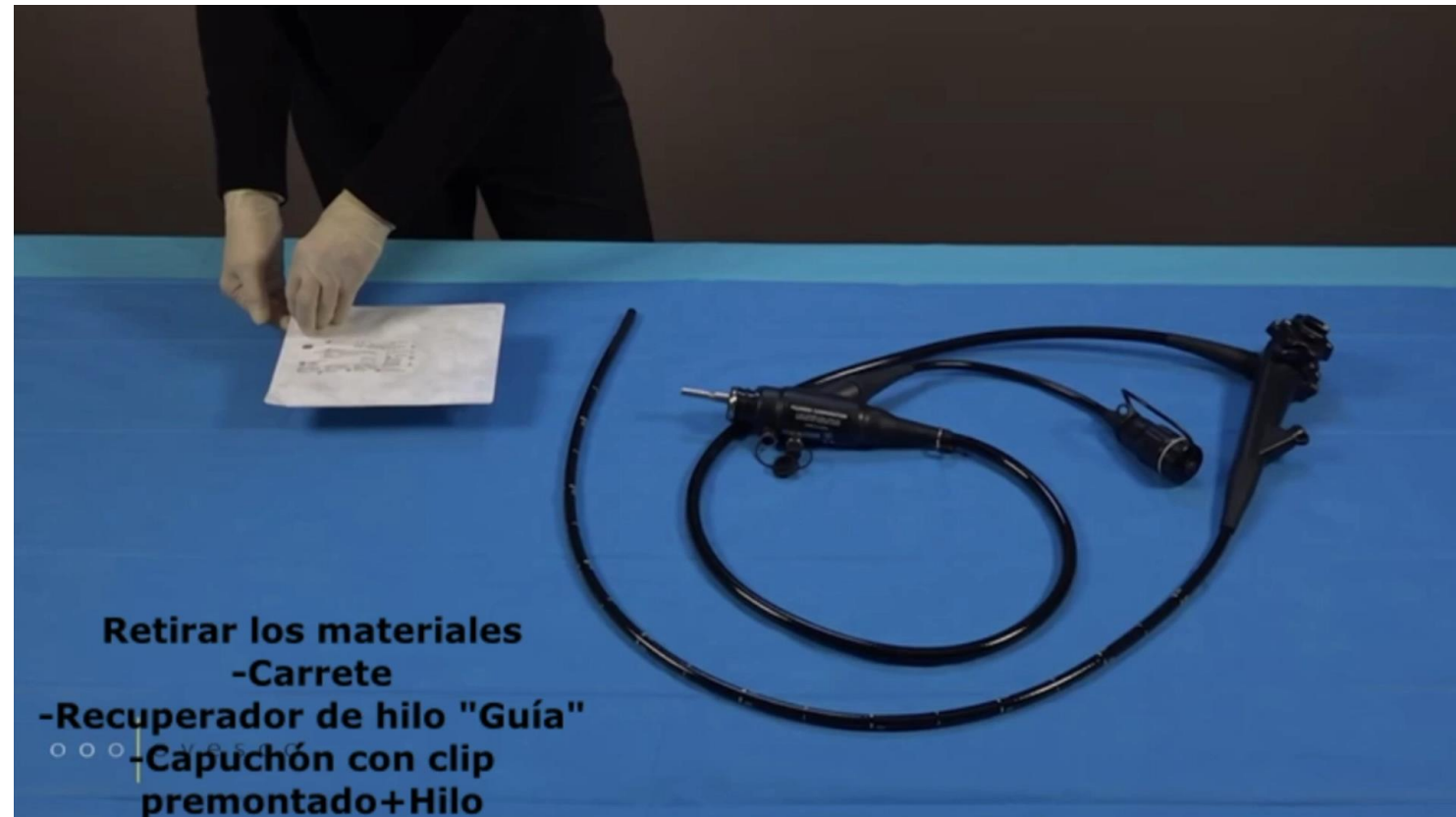
Gralnek IM. Endoscopy 2021; 53: 300–332

Mullady D. Gastroenterology 2020;159:1120–1128

Schmidt A. Gastroenterology 2018;155:674–686

Caso clínico

- MONTAJE DE OVESCO



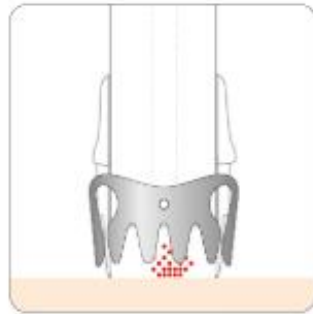
Caso clínico

- COLOCACIÓN DE OVESCO



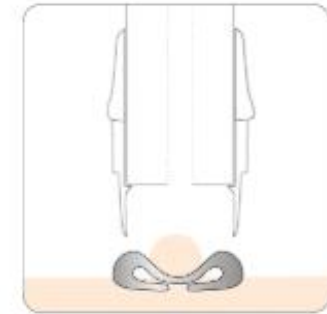
Apunte la lesión con el sistema de OTSC

Ponga la tapa OTSC en contacto con el tejido



Succione el tejido objetivo en la tapa

Aplique el clip OTSC girando el volante



Caso clínico

Para saber más...

- Montaje OTSC Ovesco[®]: <https://youtu.be/RWWO2Wufc4w>

Caso clínico

En esta última gastroscopia se realizaron biopsias de la úlcera y se tomó muestra para test de ureasa, con resultado negativo.

El paciente permaneció estable hemodinámicamente, sin signos de resangrado y con estabilidad en las cifras de hemoglobina.

Ante la buena evolución clínica, el paciente fue dado de alta con tratamiento con omeprazol 40 mg/24 h

Caso clínico

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el estudio de la úlcera gástrica es falsa?

1. Un test de ureasa negativo realizado durante la gastroscopia urgente descarta la infección por *Helicobacter pylori*
2. Deben tomarse biopsias de la úlcera gástrica en todos los casos para descartar malignidad
3. En caso de demostrarse infección por *Helicobacter pylori*, debe instaurarse tratamiento erradicador y comprobarse la erradicación posteriormente
4. En pacientes que requieren toma crónica de fármacos antiinflamatorios y con antecedente de úlcera péptica, se recomienda investigar y tratar la infección por *H pylori*.

Caso clínico

¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con el estudio de la úlcera gástrica es falsa?

1. **Un test de ureasa negativo realizado durante la gastroscopia urgente descarta la infección por Helicobacter pylori**
2. Deben tomarse biopsias de la úlcera gástrica en todos los casos para descartar malignidad
3. En caso de demostrarse infección por Helicobacter pylori, debe de instaurarse tratamiento erradicador y comprobarse la erradicación posteriormente
4. En pacientes que requieren toma crónica de fármacos antiinflamatorios y con antecedente de úlcera péptica, se recomienda investigar y tratar la infección por H pylori.

Caso clínico

RECOMMENDATION

ESGE recommends, in patients with NVUGIH secondary to peptic ulcer, investigation for the presence of *Helicobacter pylori* in the acute setting (at index endoscopy) with initiation of appropriate antibiotic therapy when *H. pylori* is detected.

Strong recommendation, high quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE recommends re-testing for *H. pylori* in those patients with a negative test at index endoscopy.

Strong recommendation, high quality evidence.

RECOMMENDATION

ESGE recommends documentation of successful *H. pylori* eradication.

Strong recommendation, high quality evidence.

Bibliografía

- Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. *Endoscopy*. marzo de 2021;53(3):300-32.
- Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. octubre de 2015;47(10):a1-46.
- Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon*. julio de 2018;64(7):333-43.
- Cho S-H, Lee Y-S, Kim Y-J, Sohn CH, Ahn S, Seo D-W, et al. Outcomes and Role of Urgent Endoscopy in High-Risk Patients With Acute Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. marzo de 2018;16(3):370-7.

Bibliografía

- <https://www.digestivendoscopy.com/>
- <https://endoscoedia.com/>