



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

Panendoscopia oral

Clase magistral: Patología asociada a hipertensión portal y vascular, infecciosa y miscelánea (diagnóstico endoscópico)

Autor: Dra. María Muñoz García-Borrueal
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
m.munozgb@gmail.com @MeryMGB7



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

- Sin conflicto de interés.

Índice

1. Lesiones secundarias a la hipertensión portal:

1.1 Varices esofágicas

1.2 Varices gástricas

1.3 Gastropatía de la hipertensión portal

2. Lesiones vasculares:

2.1 Angiodisplasias

2.2 Dieulafoy

2.3 GAVE

3. Lesiones infecciosas: esofagitis por hongos (*Candida*),VHS, CMV

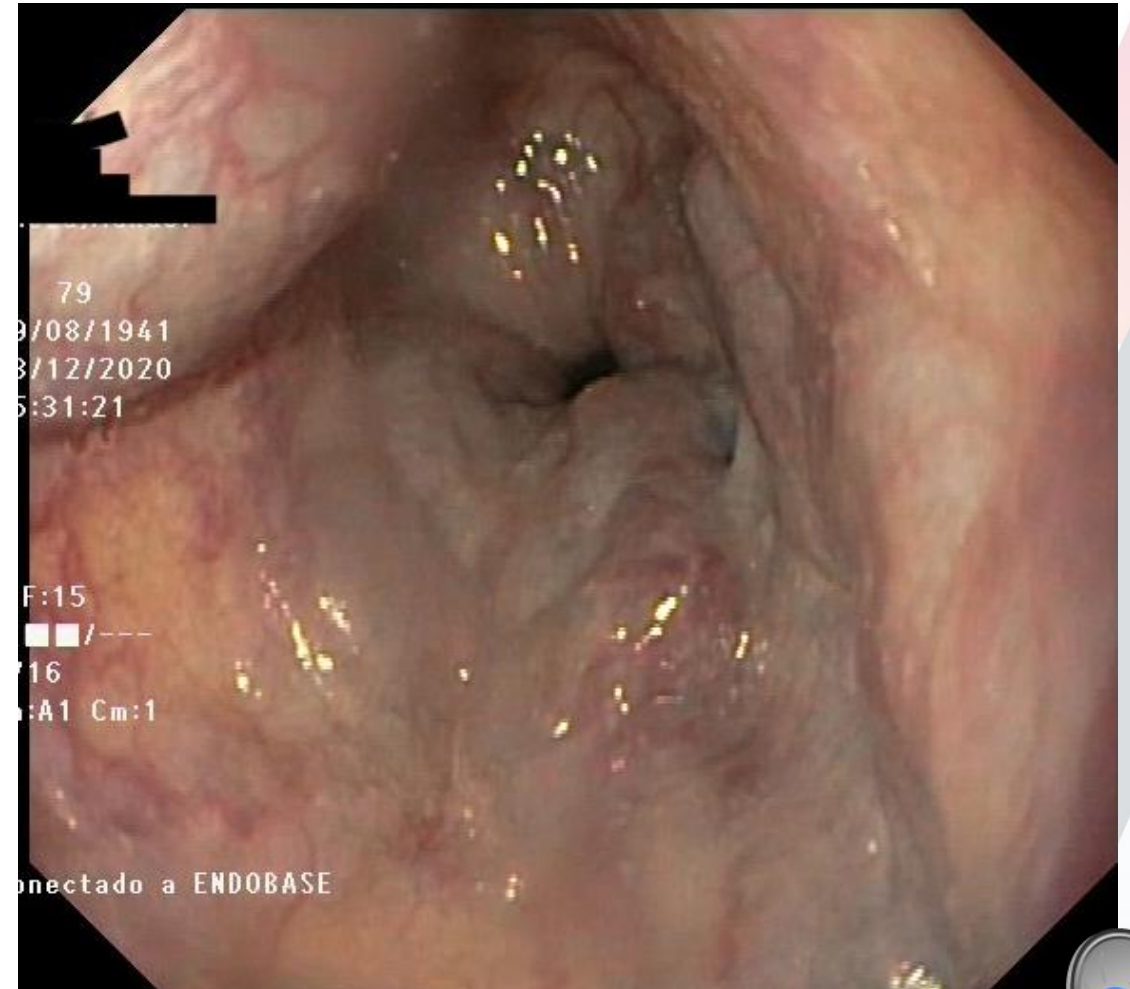
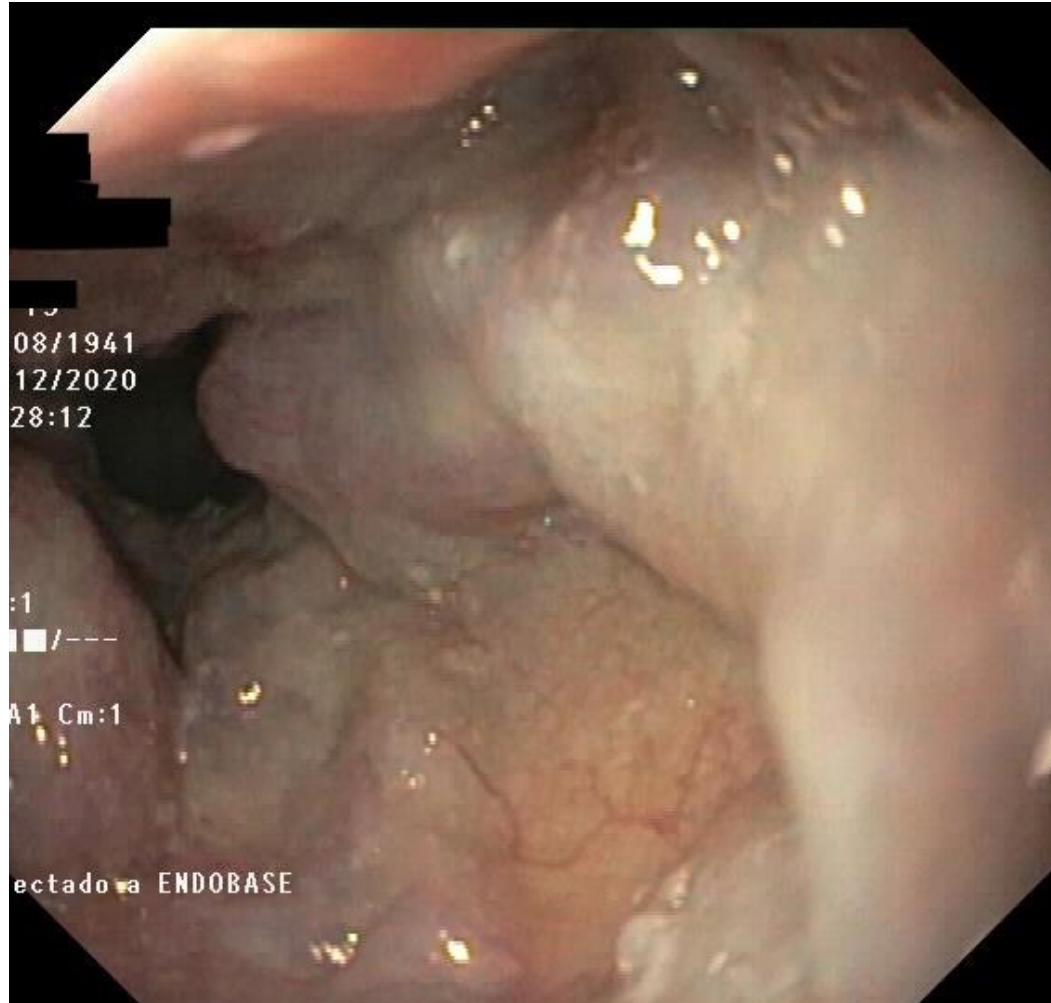
4. Pólipos gástricos



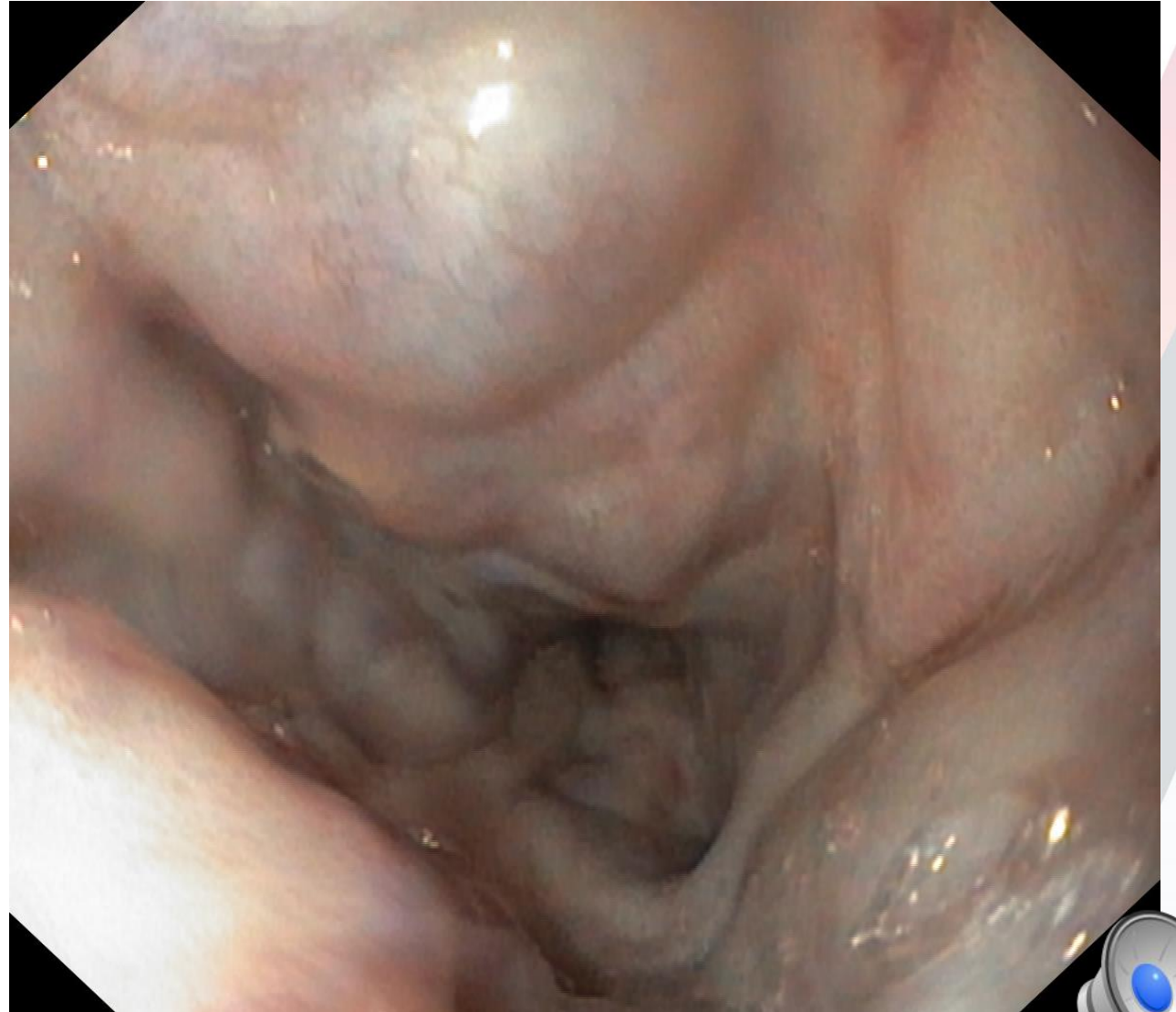
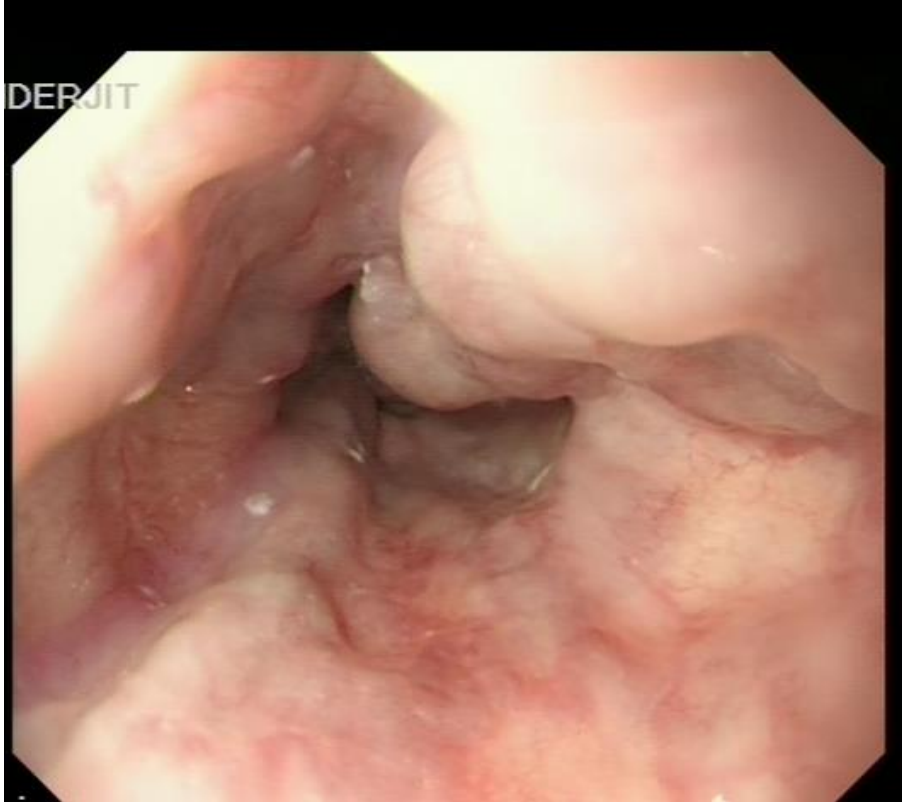
1. Lesiones secundarias a hipertensión portal

- Hipertensión portal: ↑ gradiente de presión portal, >10 mmHg se considera clínicamente significativa
- > 10 mmHg → circulación colateral → shunts portosistémicos → varices
- >12 mmHg → Ruptura de varices → hemorragia (complicación grave de cirrosis hepática)
- Tipos:
 - Varices esofágicas
 - Varices gástricas
 - Gastropatía de la hipertensión portal

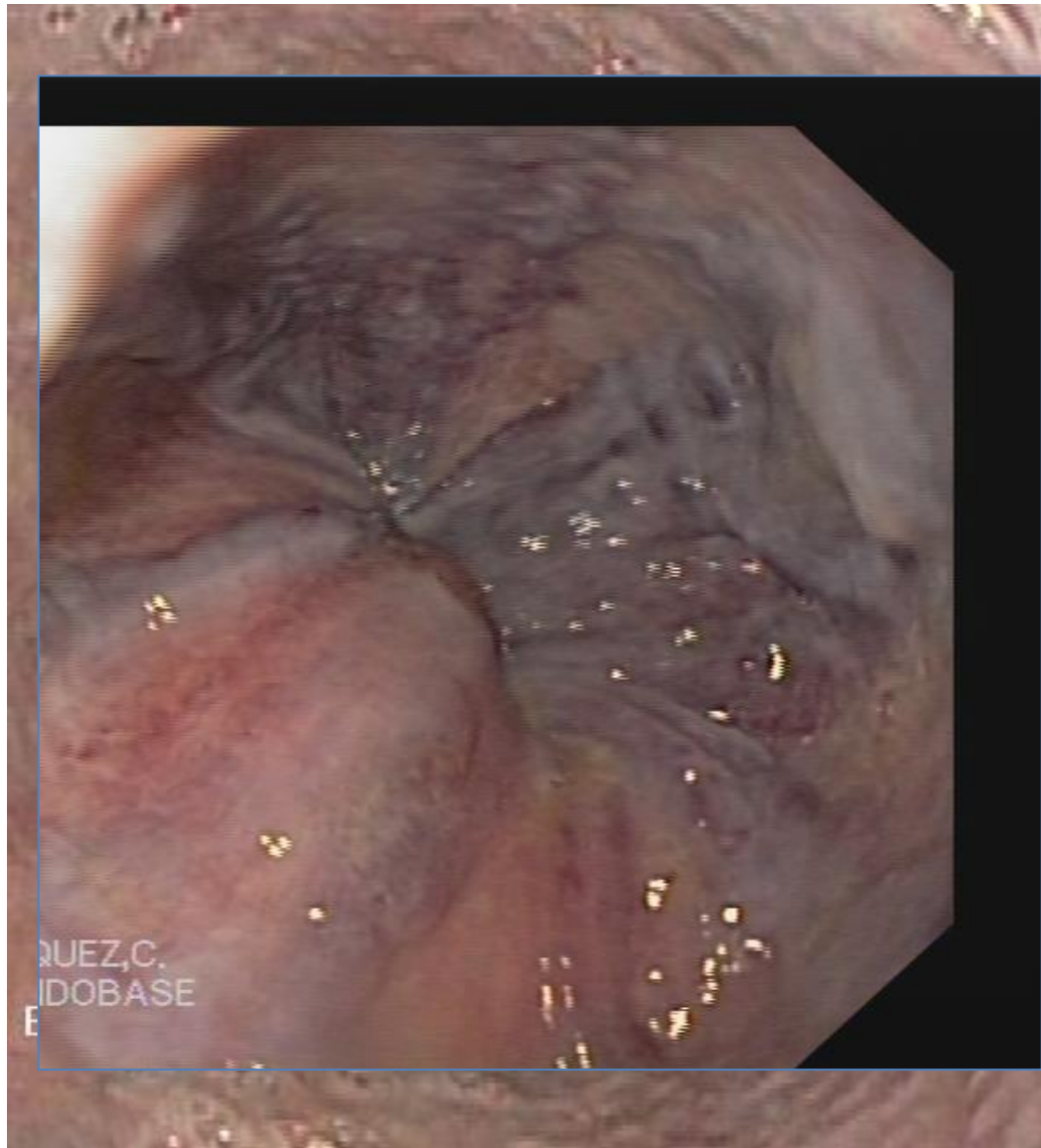
1. 1 Varices esofágicas



Varices esofágicas

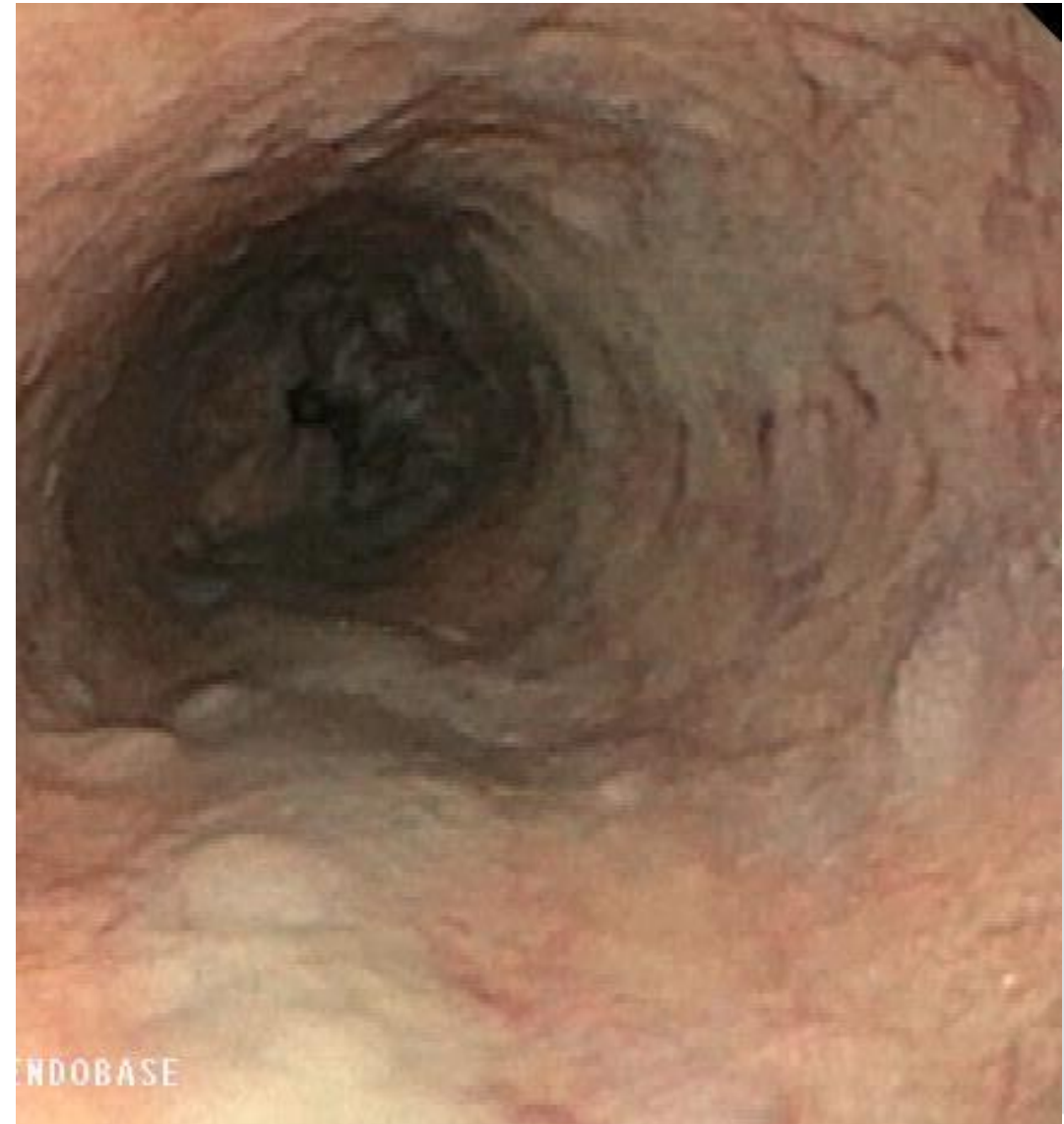


Clasificación de Baveno



- Factores de riesgo de sangrado:

1. Tamaño de variz
2. Presencia de puntos rojos
3. Grado de función hepática



Pregunta 1. ¿Según la clasificación de Baveno, qué tipo de varices se consideran grandes?

- a) Varices menores a 5 mm
- b) Varices mayores a 5 mm que no se aplanan con la insuflación y no presentan puntos rojos
- c) Varices mayores a 5 mm que no se aplanan con la insuflación y presentan puntos rojos
- d) b+c

Pregunta 1. ¿Según la clasificación de Baveno, qué tipo de varices se consideran grandes?

- a) Varices menores a 5 mm
- b) Varices mayores a 5 mm que no se aplanan con la insuflación y no presentan puntos rojos
- c) Varices mayores a 5 mm que no se aplanan con la insuflación y presentan puntos rojos
- d) b+c**

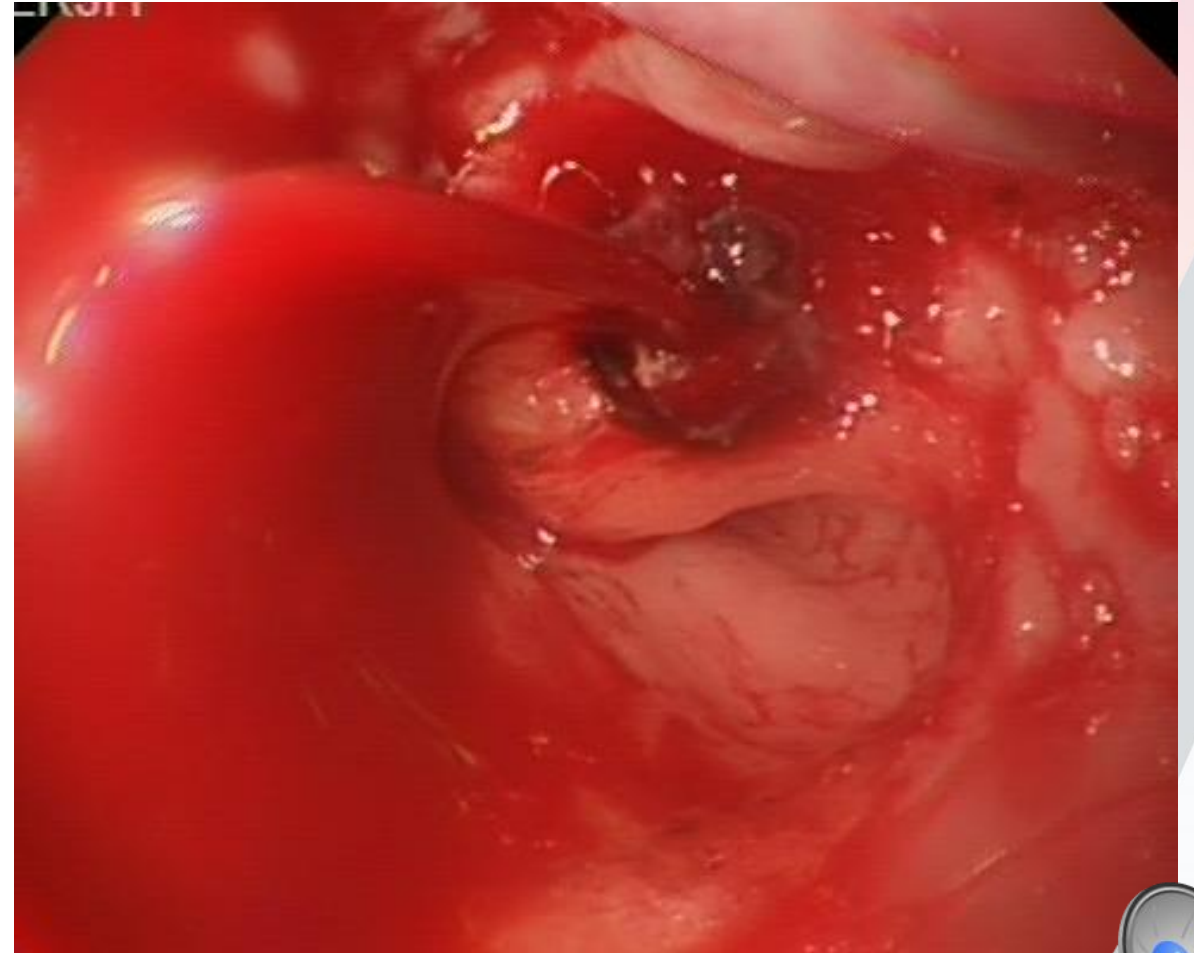
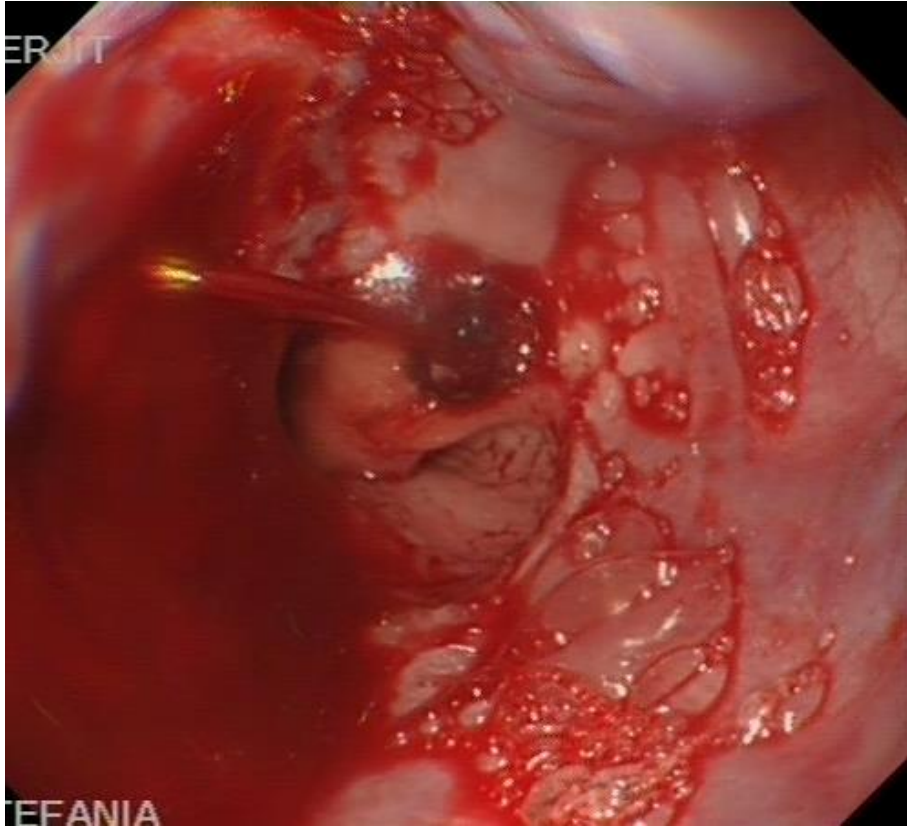
Tratamiento

- Profilaxis primaria y secundaria
- Hemorragia aguda: COMBINADO (farmacológico y endoscópico)

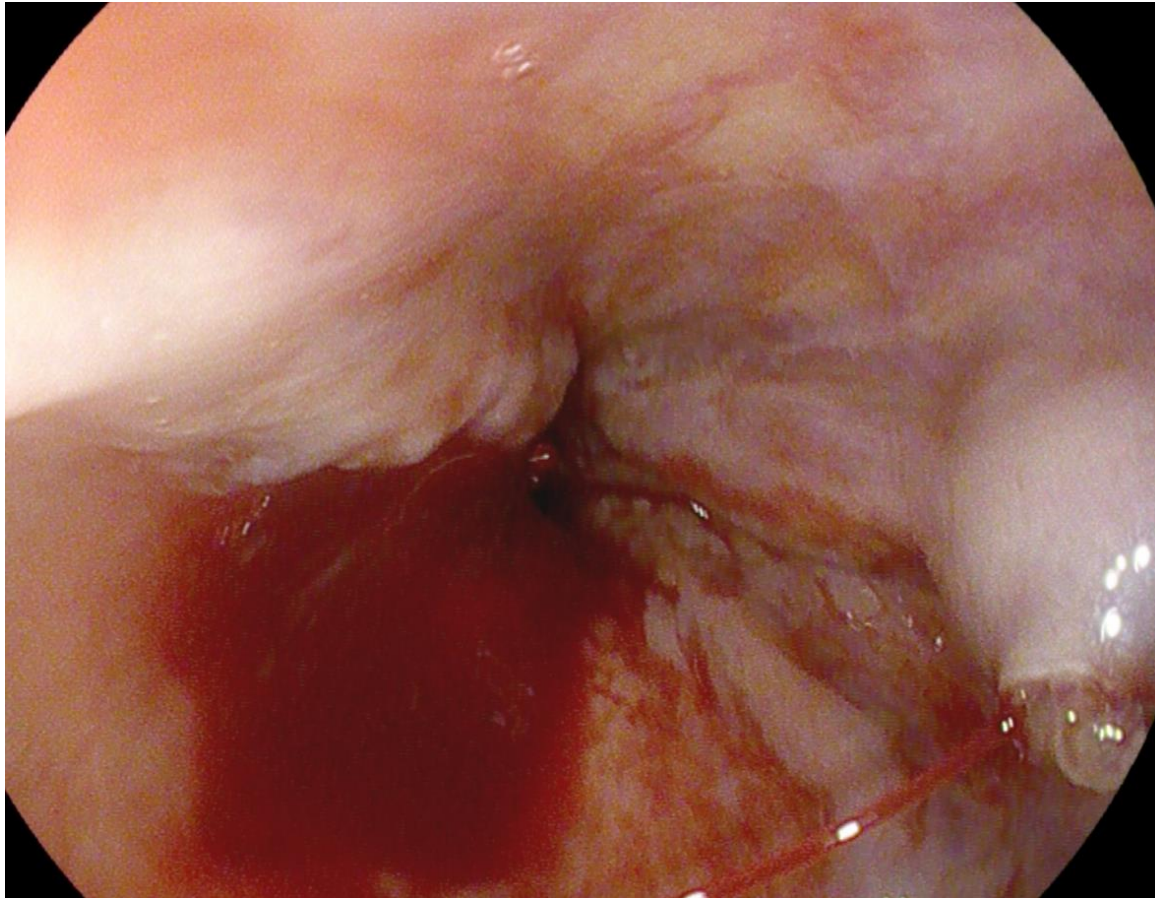
SOMATOSTATINA	250mcg bolo + perfusión 3mg o 6mg en 250ml de SFF a 21ml/h
TERLIPRESINA	2mg c/4h (si <50KG 1mg), a las 48h 1mg c/4h
OCTEÓTRIDO	50mcg bolo + perfusión continua 50mcg/h

- Tratamiento endoscópico de elección: **ligadura con bandas elásticas (LBE)**

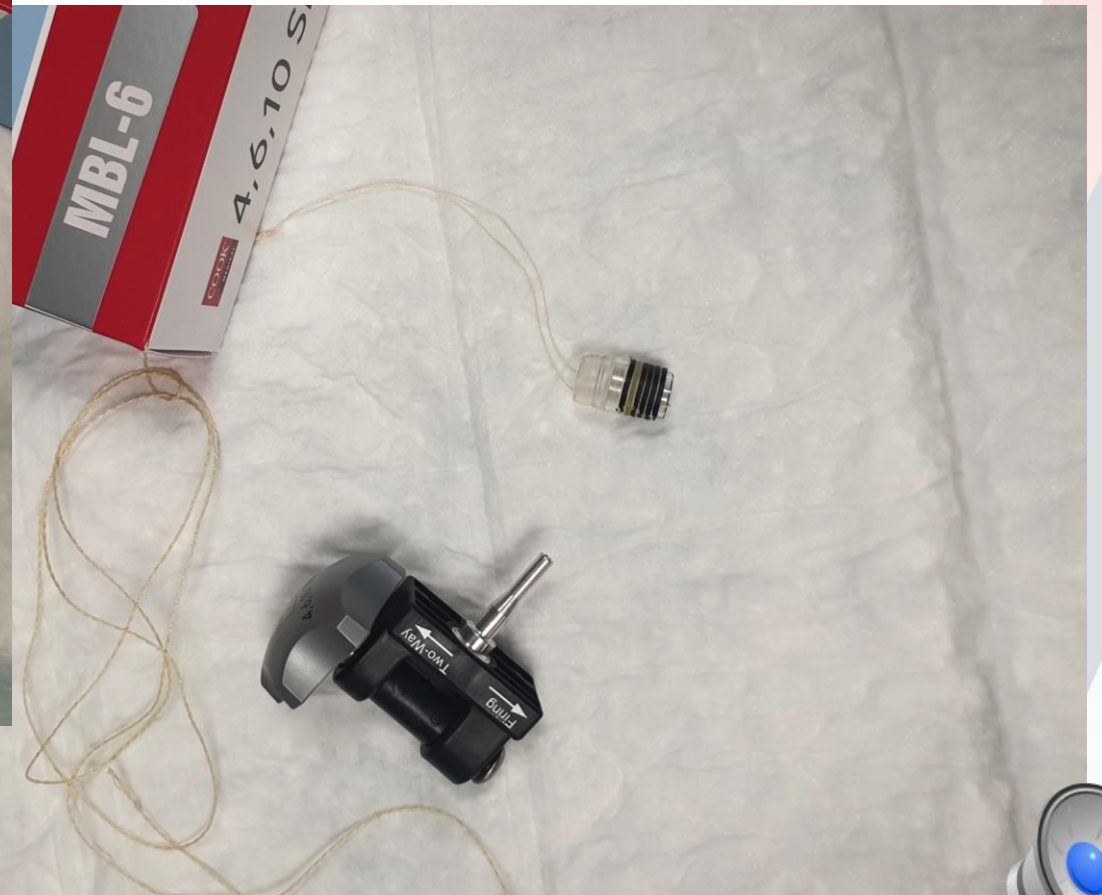
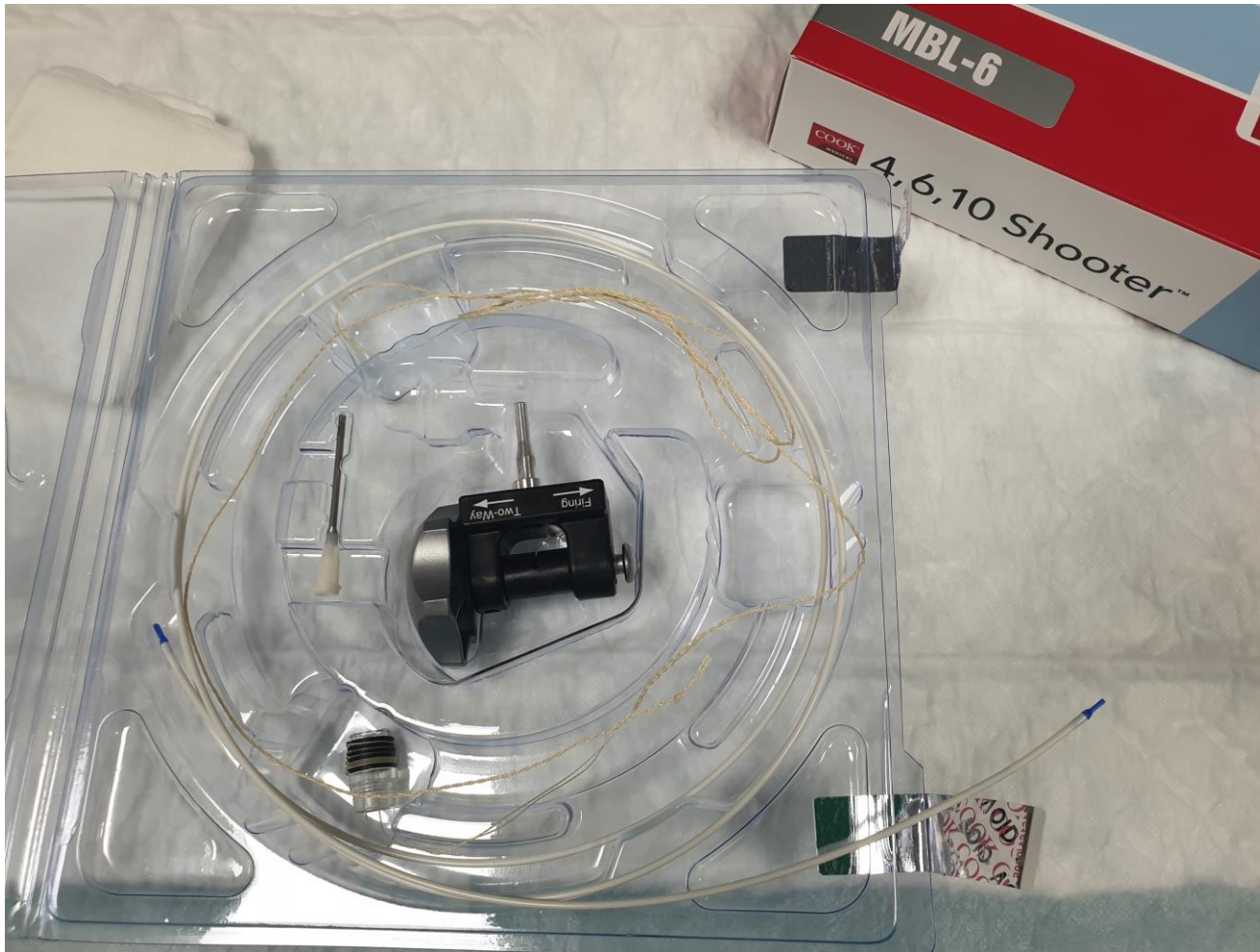
Hemorragia (sangrado en jet)



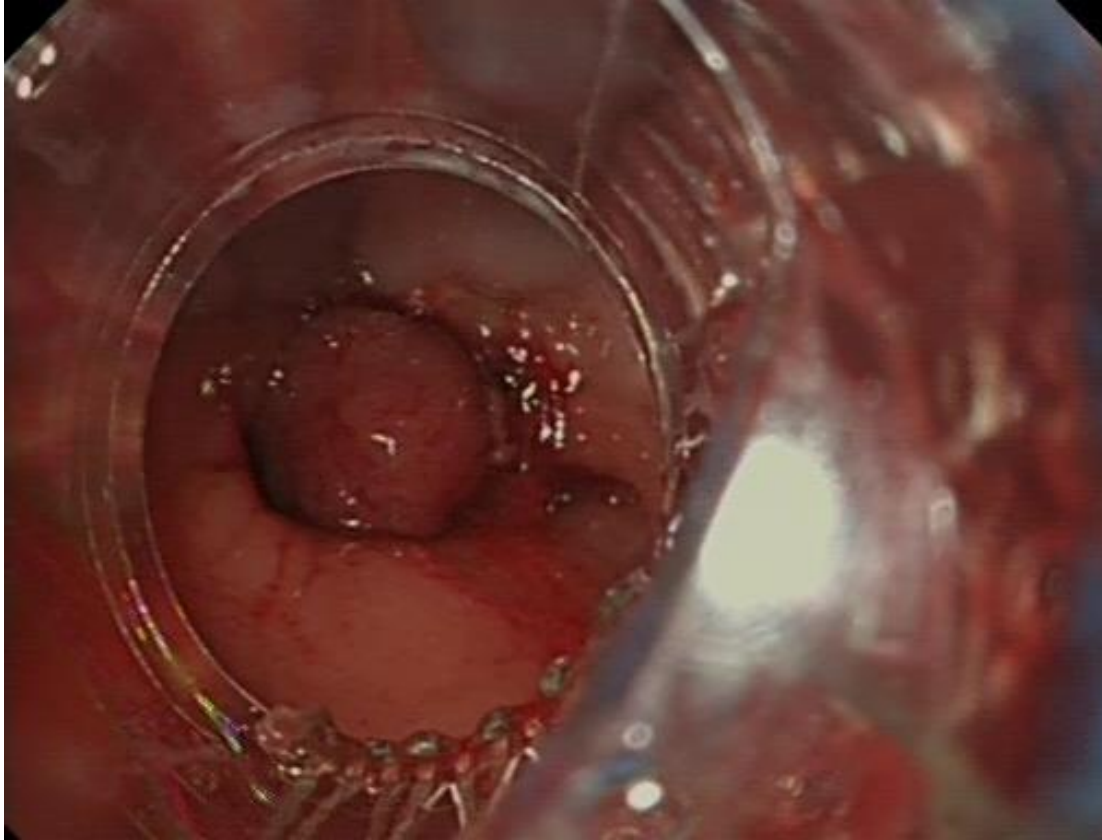
Hemorragia



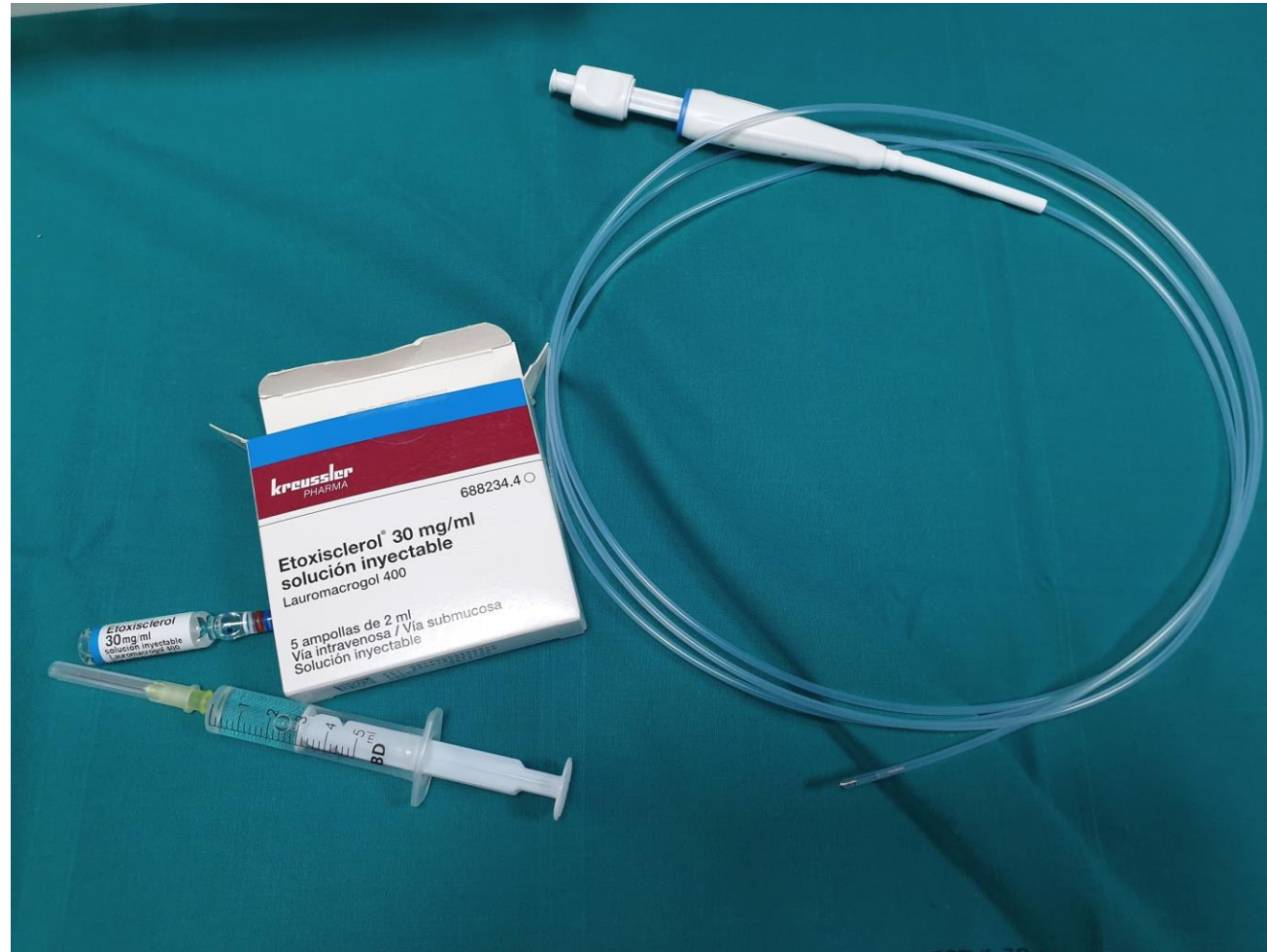
Ligadura con bandas



Ligadura con bandas



Escleroterapia



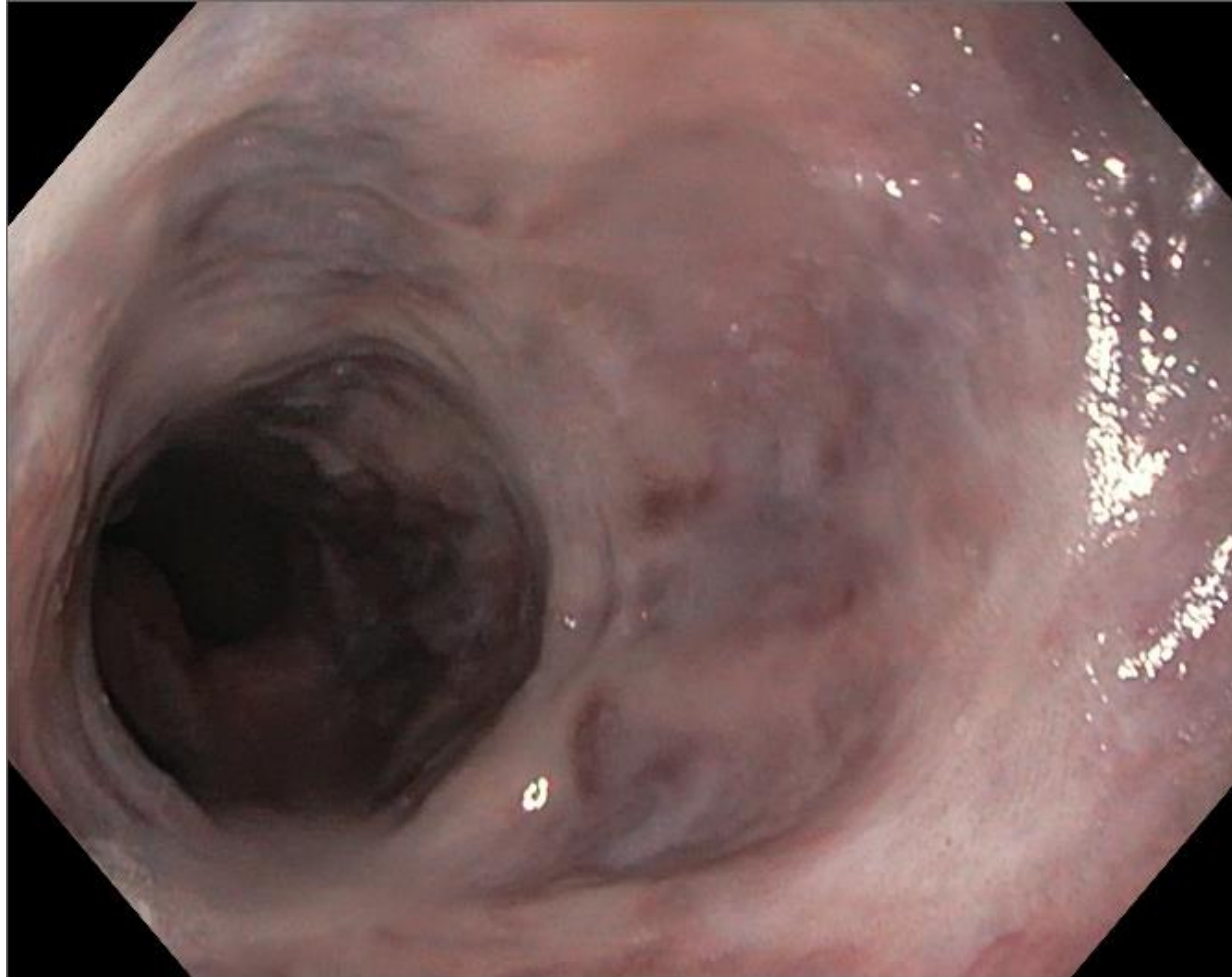
Pregunta 2. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una hemorragia aguda por varices esofágicas?

- a) Reposición de la volemia, fármacos vasoactivos y ligadura con bandas
- b) Fármacos vasoactivos y TIPS
- c) Reposición de la volemia, ligadura con bandas y escleroterapia con polidocanol
- d) Ligadura con bandas y si recidiva el sangrado, escleroterapia con polidocanol

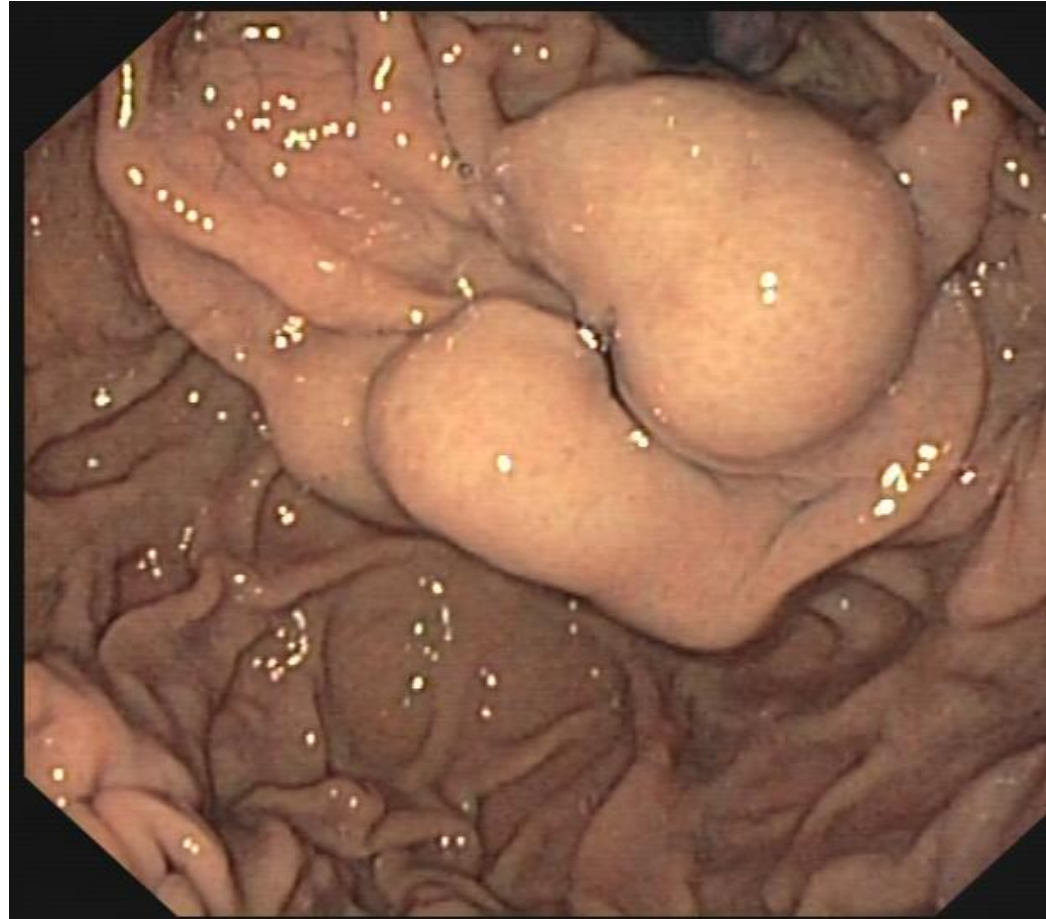
Pregunta 2. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una hemorragia aguda por varices esofágicas?

- a) Reposición de la volemia, fármacos vasoactivos y ligadura con bandas
- b) Fármacos vasoactivos y TIPS
- c) Reposición de la volemia, ligadura con bandas y escleroterapia con polidocanol
- d) Ligadura con bandas y si recidiva el sangrado, escleroterapia con polidocanol

Cambios cicatriciales tras ligadura

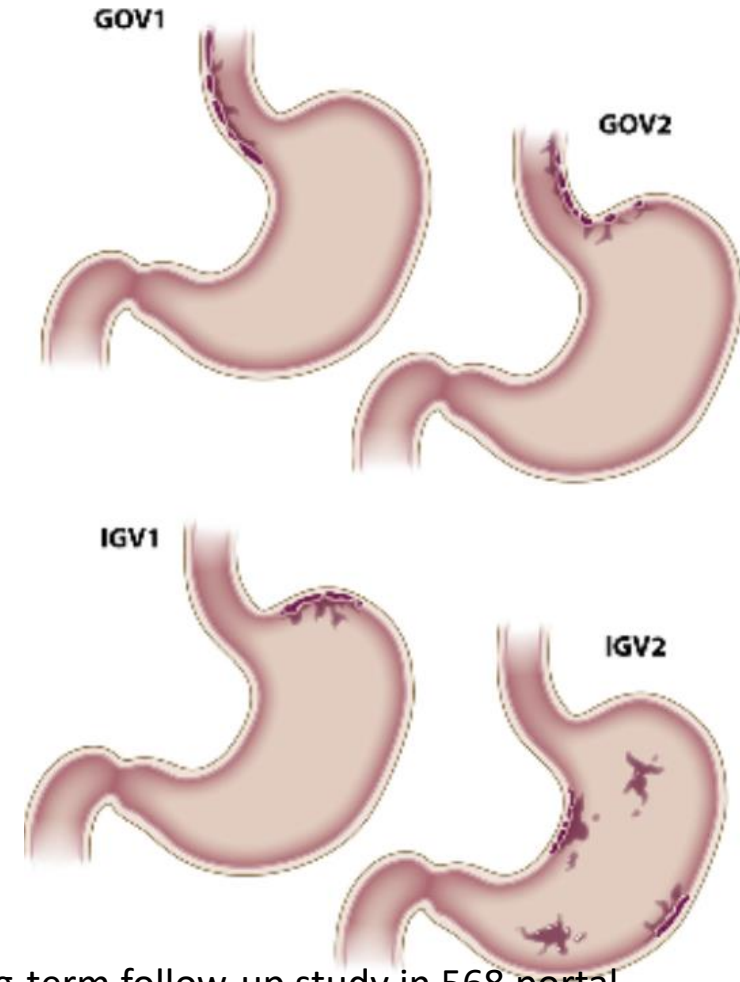


1.2 Varices gástricas



Clasificación de Sarin

- **GOV: esofagogástricas:**
 - GOV1: se continúan por debajo de la unión GE a lo largo de la curvatura menor.
 - GOV2: se extienden hasta fundus.
- **IGV: gástricas aisladas:**
 - IGV1: fúndicas.
 - IGV2: ectópicas en cualquier parte del estómago.



Sarin SK, et al. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: A long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology*. 1992;16:1343–9.

Varices gástricas



Tratamiento

- Tratamiento combinado: fármacos vasoactivos + endoscópico
- Tratamiento endoscópico de elección: **cianocrilato** (endoscopia o USE)
- Tratamiento de rescate: TIPS (programado/ early TIPS <72h), BRTO (*balloon-occluded retrograde transvenous obliteration*), taponamiento con balón, cirugía



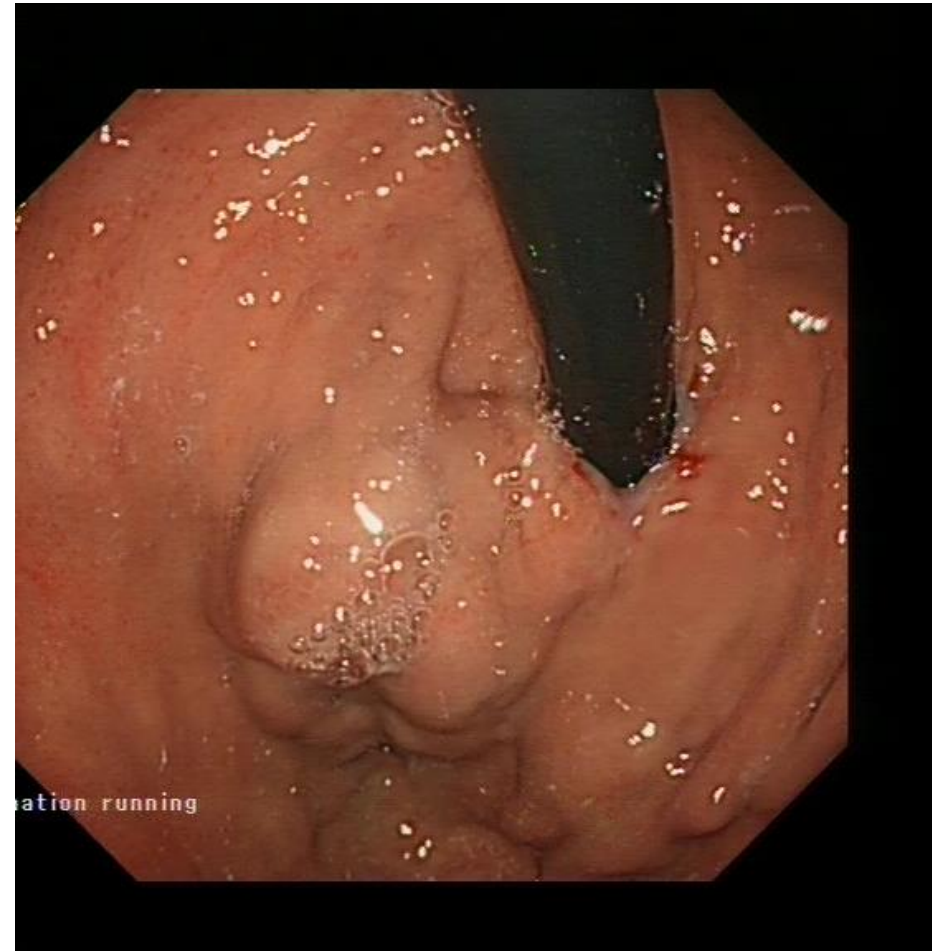
Tratamiento con cianocrilato



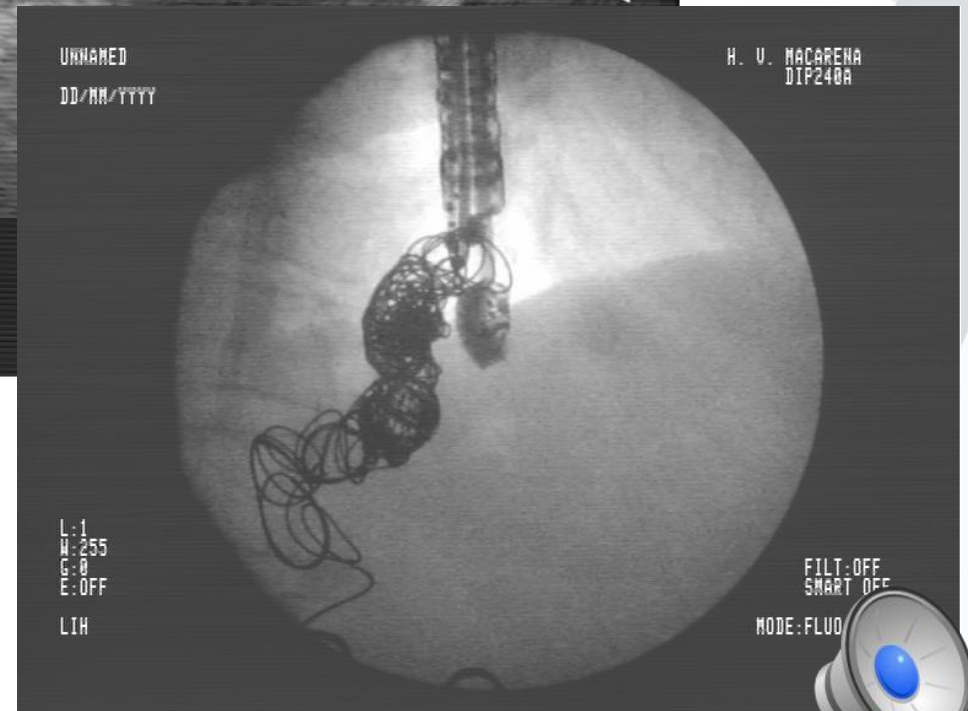
Castillo O, et al. Uso de Cianoacrilato en la Terapia Endoscópica de Várices Gástricas: experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del 2006 al 2010. Rev. Gastroenterol ; 31(3): 208-215.



Varices gástricas tras inyección de cianocrilato



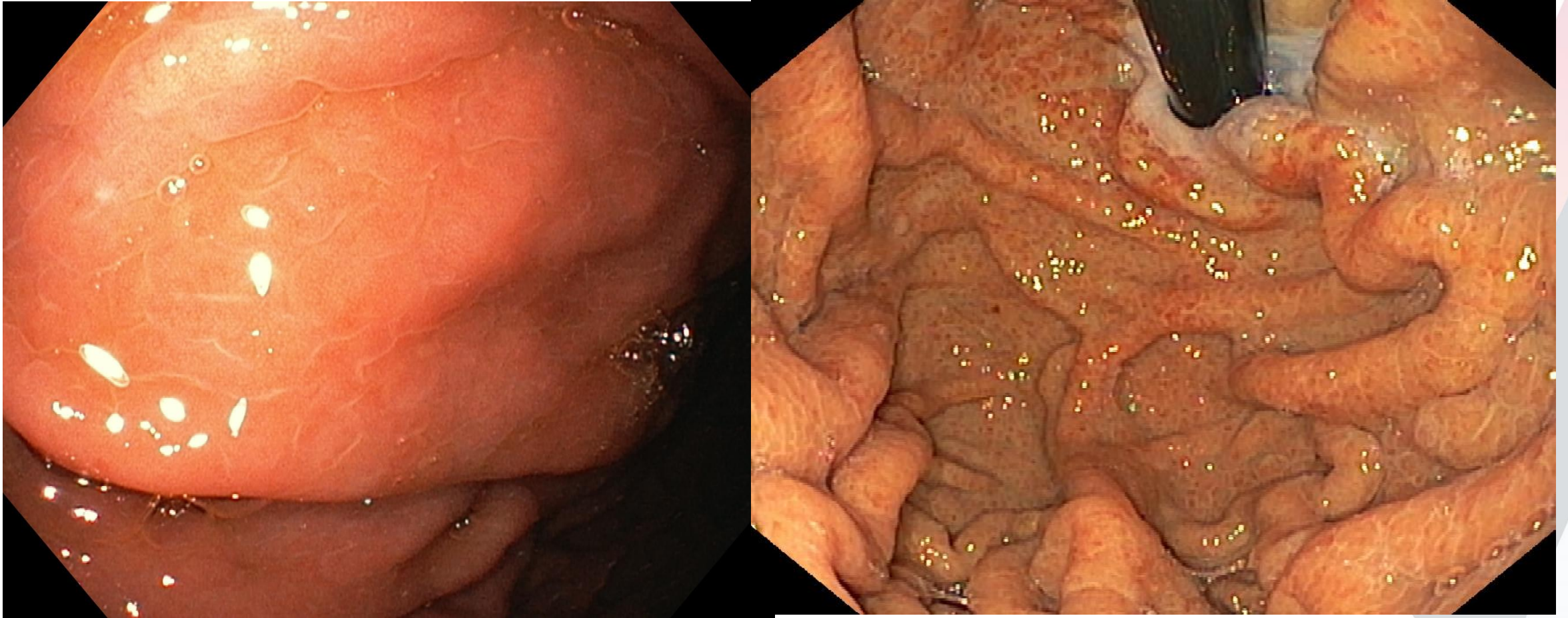
Ecoendoscopia + coils



1. 3 Gastropatía de la hipertensión portal



Gastropatía de la hipertensión portal: clasif. Baveno

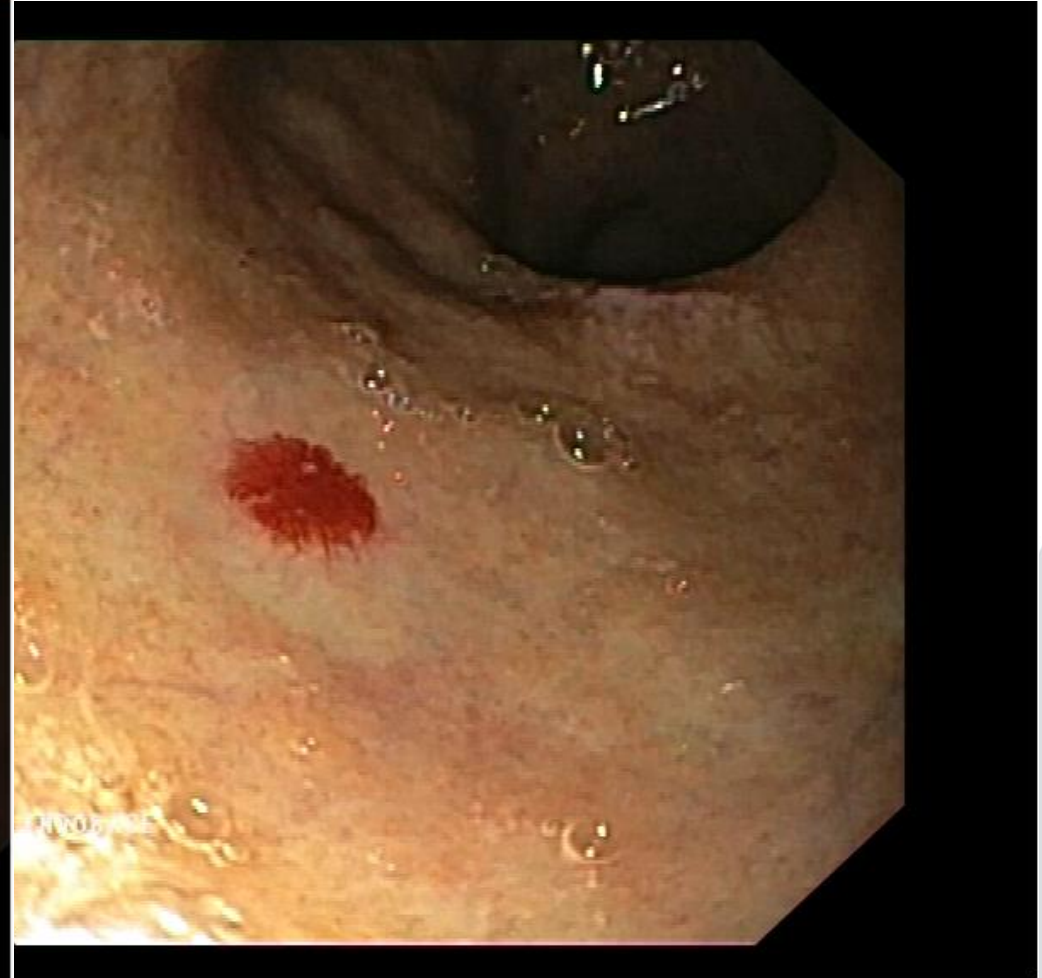
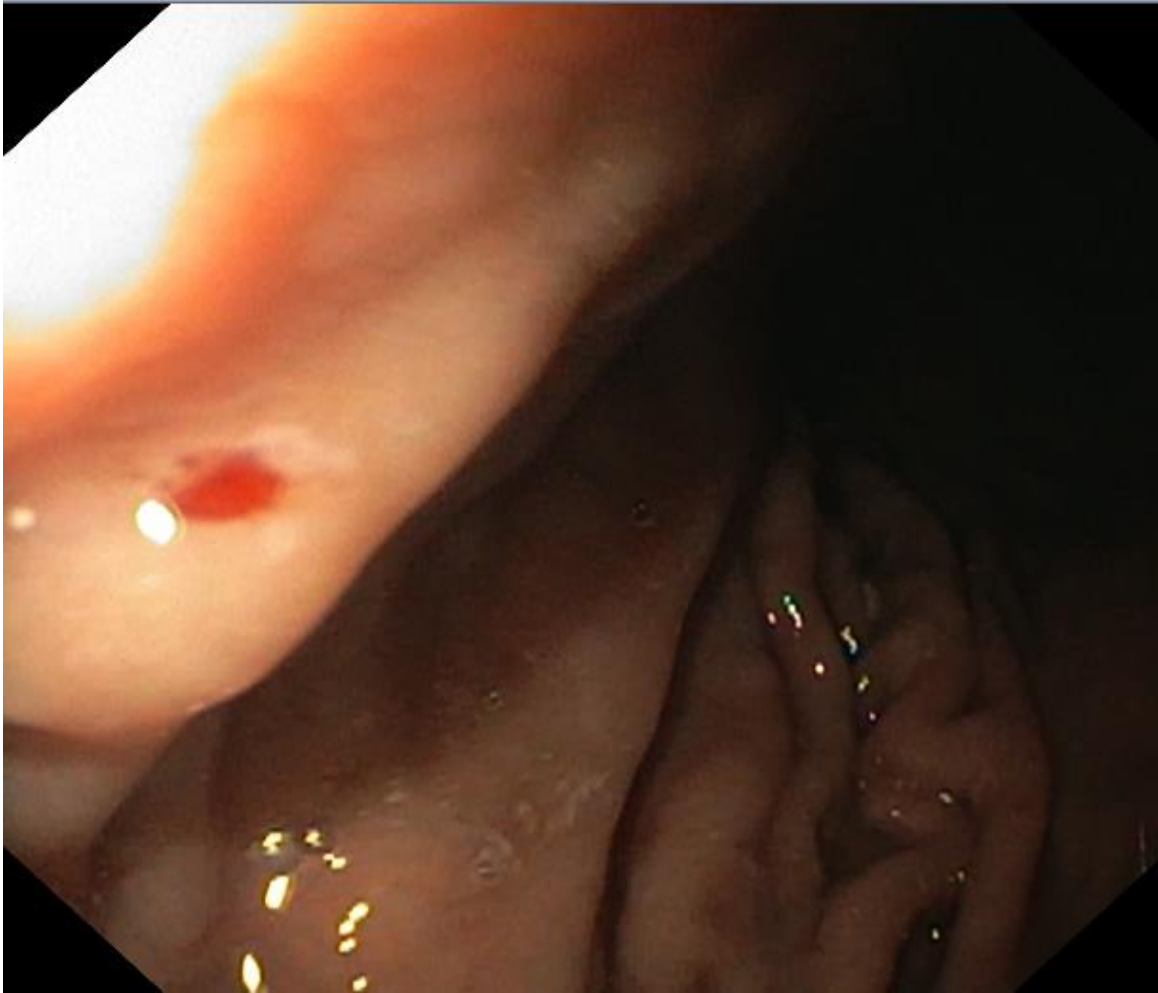


2. Lesiones vasculares

- Vasos arteriales o venosos aberrantes, que pueden ser de origen congénito o adquirido.
- Se encuentran principalmente en estómago.
- Hallazgo incidental/hemorragia digestiva aguda/anemia ferropénica por pérdidas crónicas.



2.1 Angiodisplasias



2.1 Angiodisplasias



Tratamiento

- Tratamiento de elección: endoscópico (**electrocoagulación con argón plasma (APC)**)/LBE/sustancias hemostáticas)



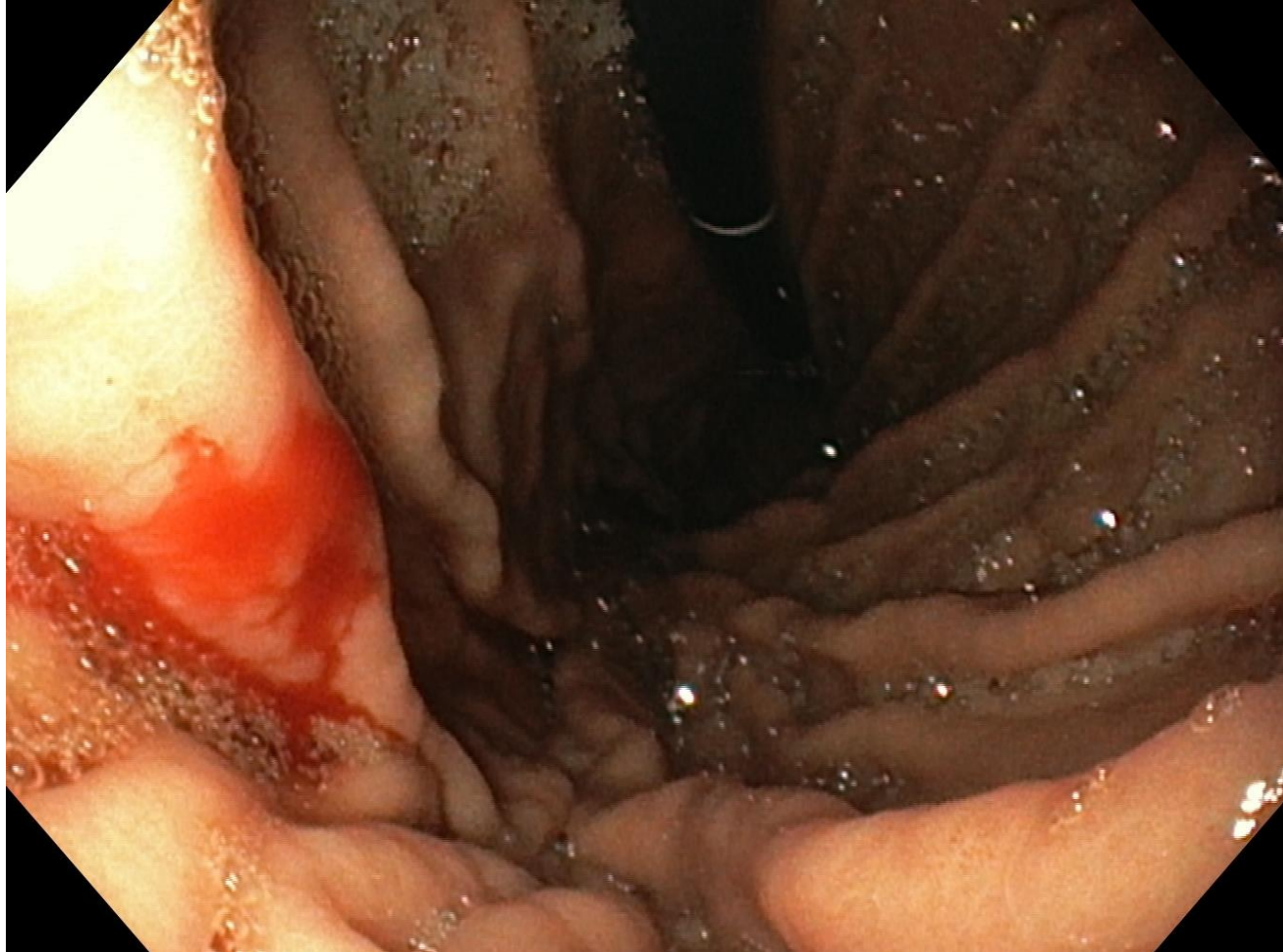
Pregunta 3. ¿Cuál es la forma de presentación más frecuente de las angiodisplasias?

- a) Anemia crónica
- b) Hematemesis
- c) Asintomática
- d) Anemia crónica + Asintomática

Pregunta 3. ¿Cuál es la forma de presentación más frecuente de las angiodisplasias?

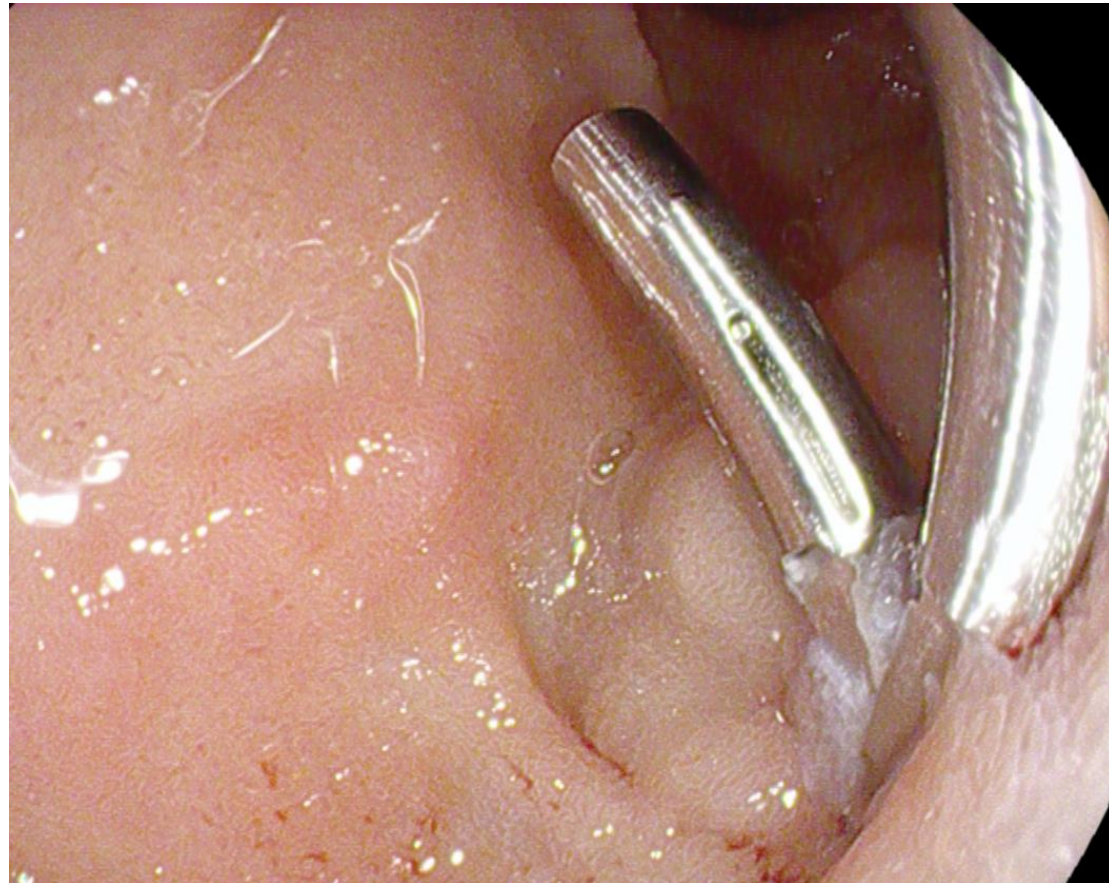
- a) Anemia crónica
- b) Hematemesis
- c) Asintomática
- d) Anemia crónica + Asintomática**

2. 2 Dieulafoy

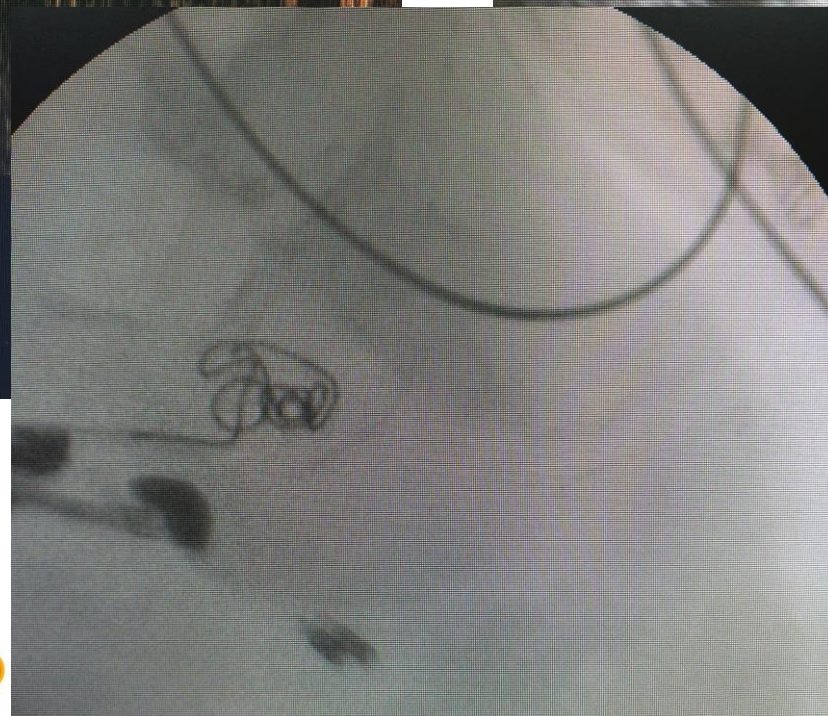
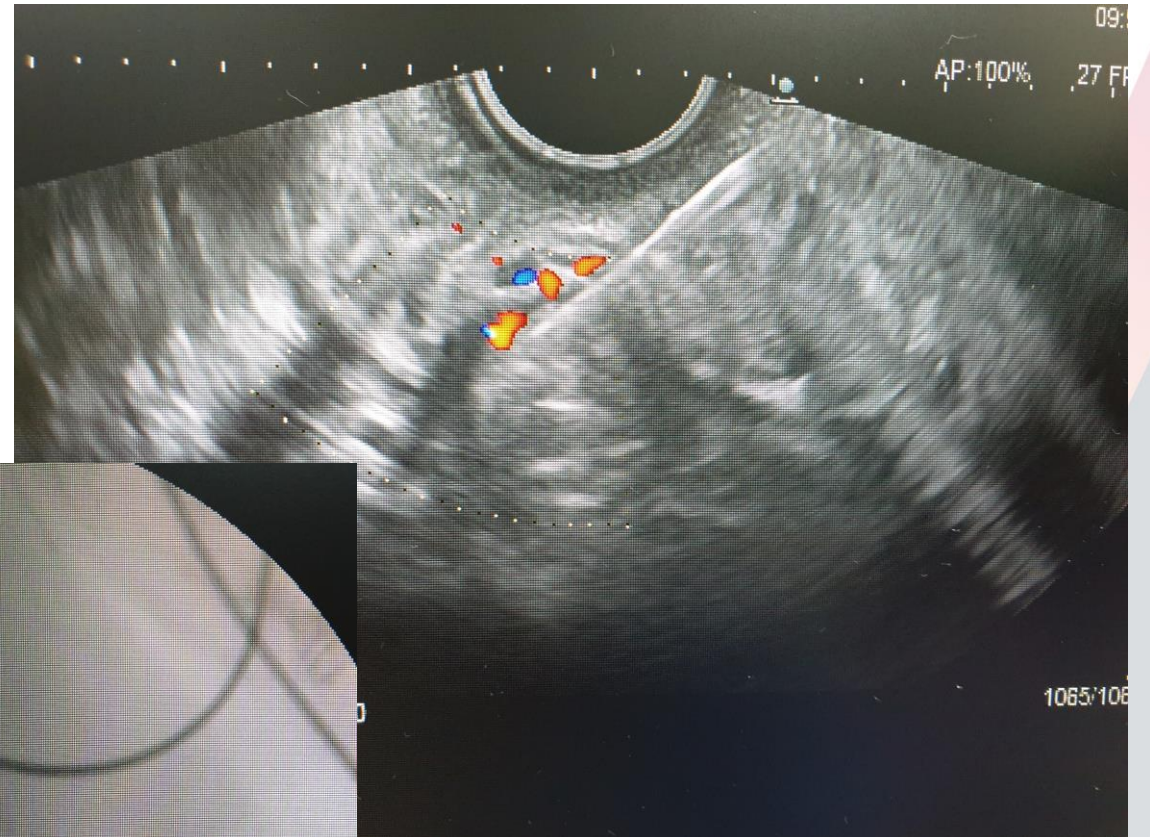
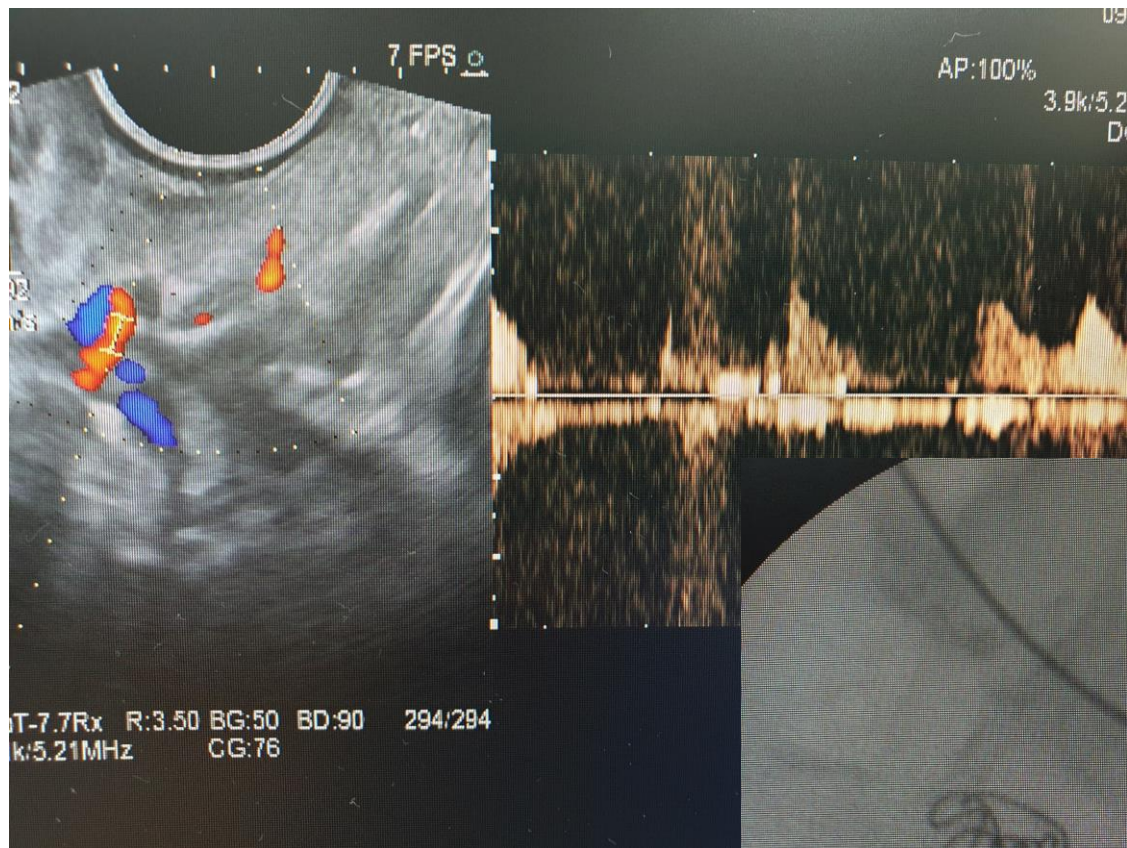


Tratamiento endoscópico de Dieulafoy duodenal

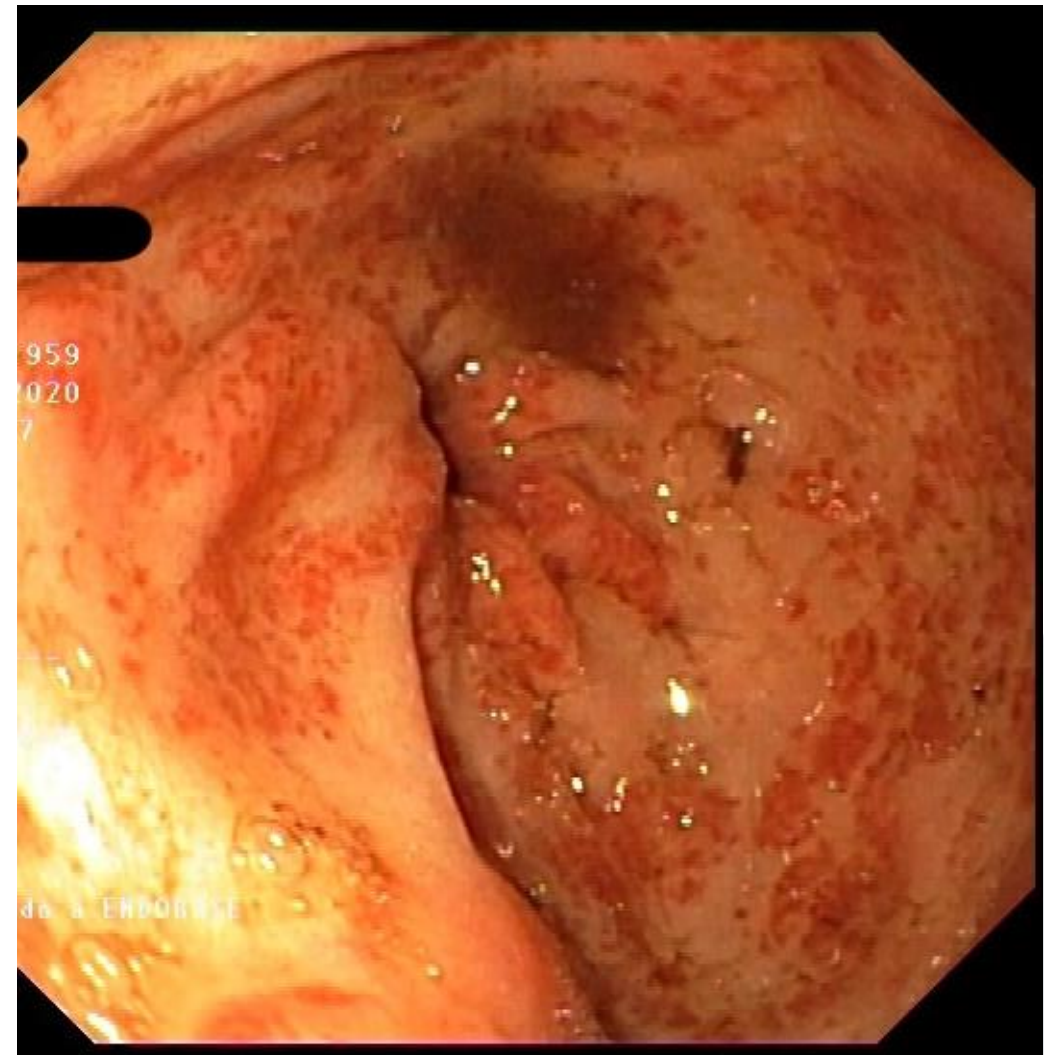
- Tratamiento de elección: endoscópico (combinado sust. Hemostáticas + clips/ térmico/LBA/OTSC)



Ecoendoscopia con colocación de coils sobre Dieulafoy gástrico

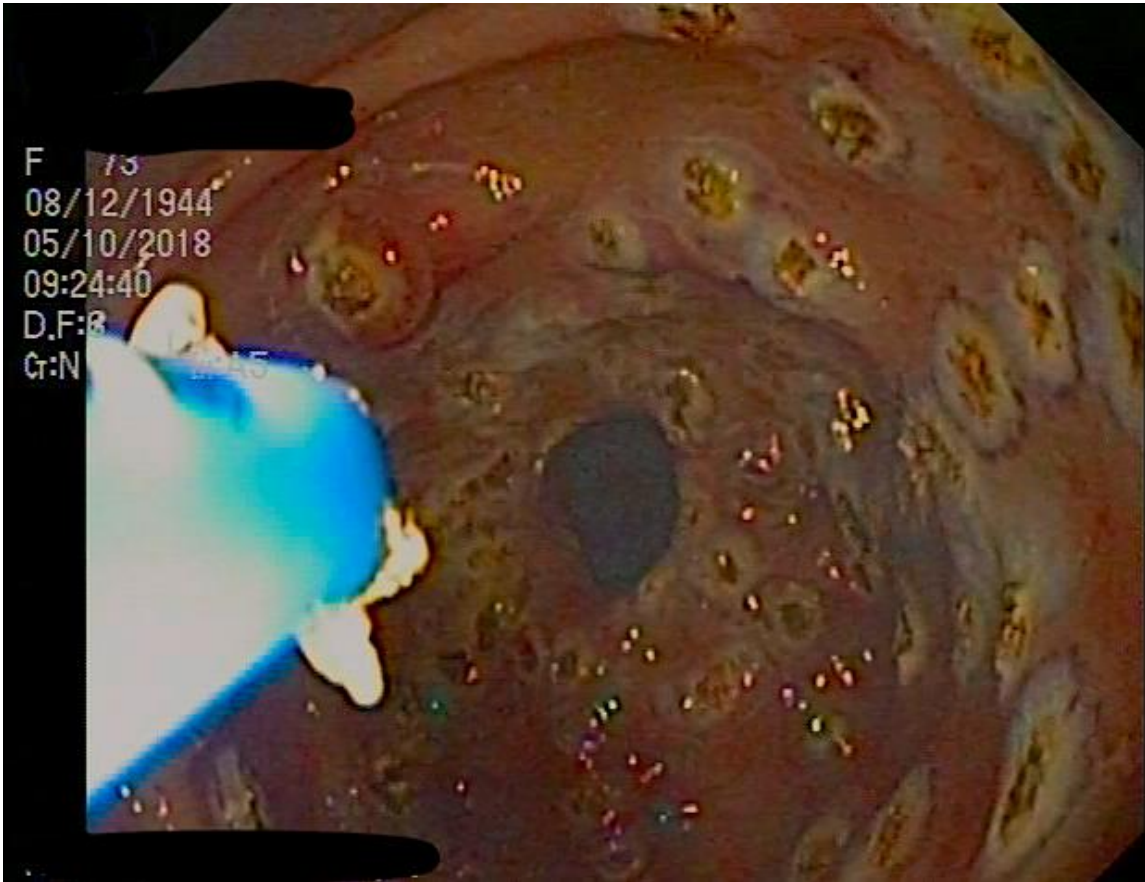


2. 3 Gastropatía antral vascular ectásica (GAVE)



Tratamiento

- Tratamiento de elección: endoscópico (APC/LBE/RFA)



3. Lesiones infecciosas (esofagitis)

- Más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos (VIH, QT, biológicos, Tx).
- Los gérmenes más frecuentes son la *Candida spp* y los virus, como el virus del herpes simple (VHS) y el citomegalovirus (CMV).
- Clínica variable (disfagia/odinofagia/dolor torácico).
- Prueba diagnóstica de elección: gastroscopia + biopsias.

3.1 Candidiasis esofágica

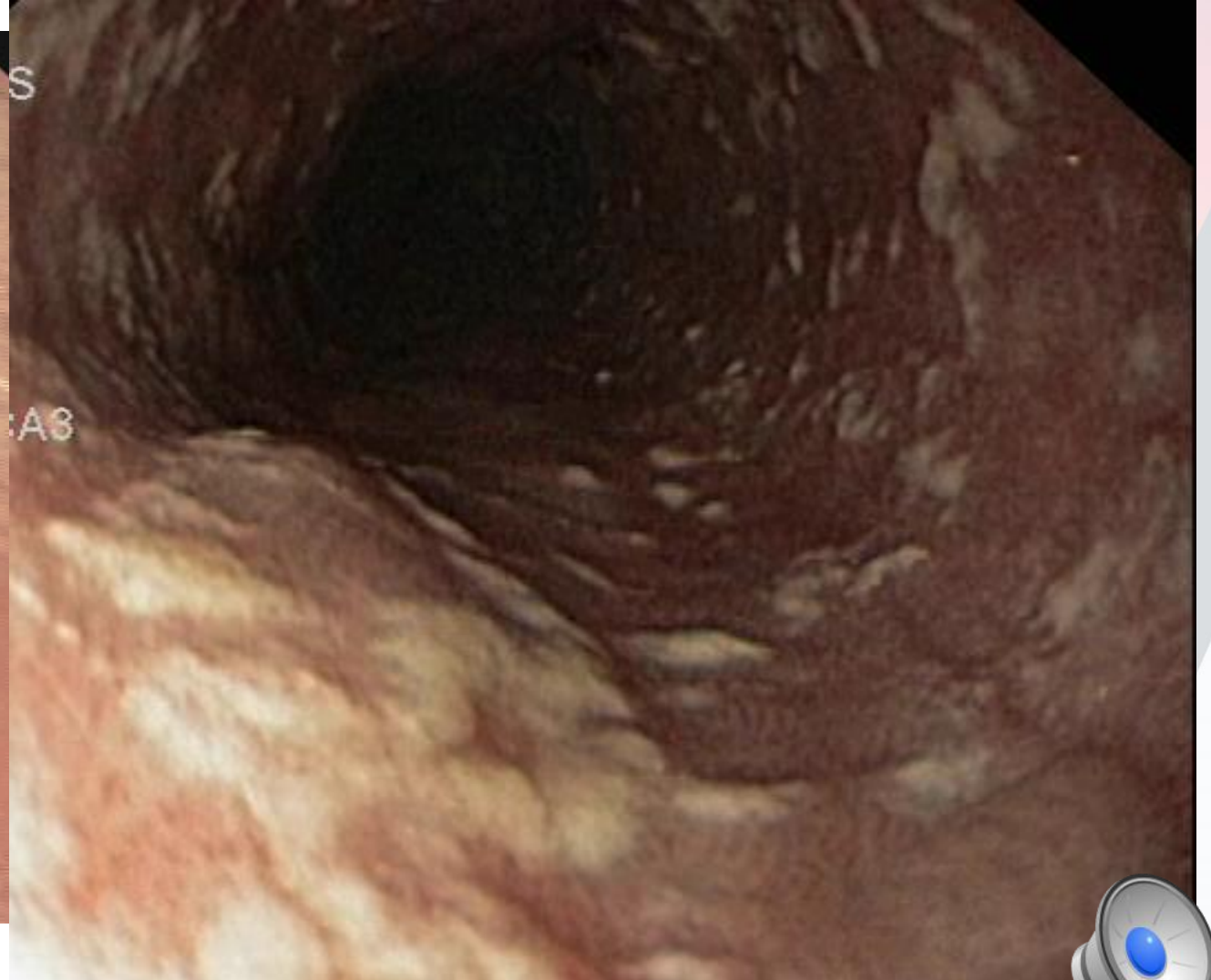
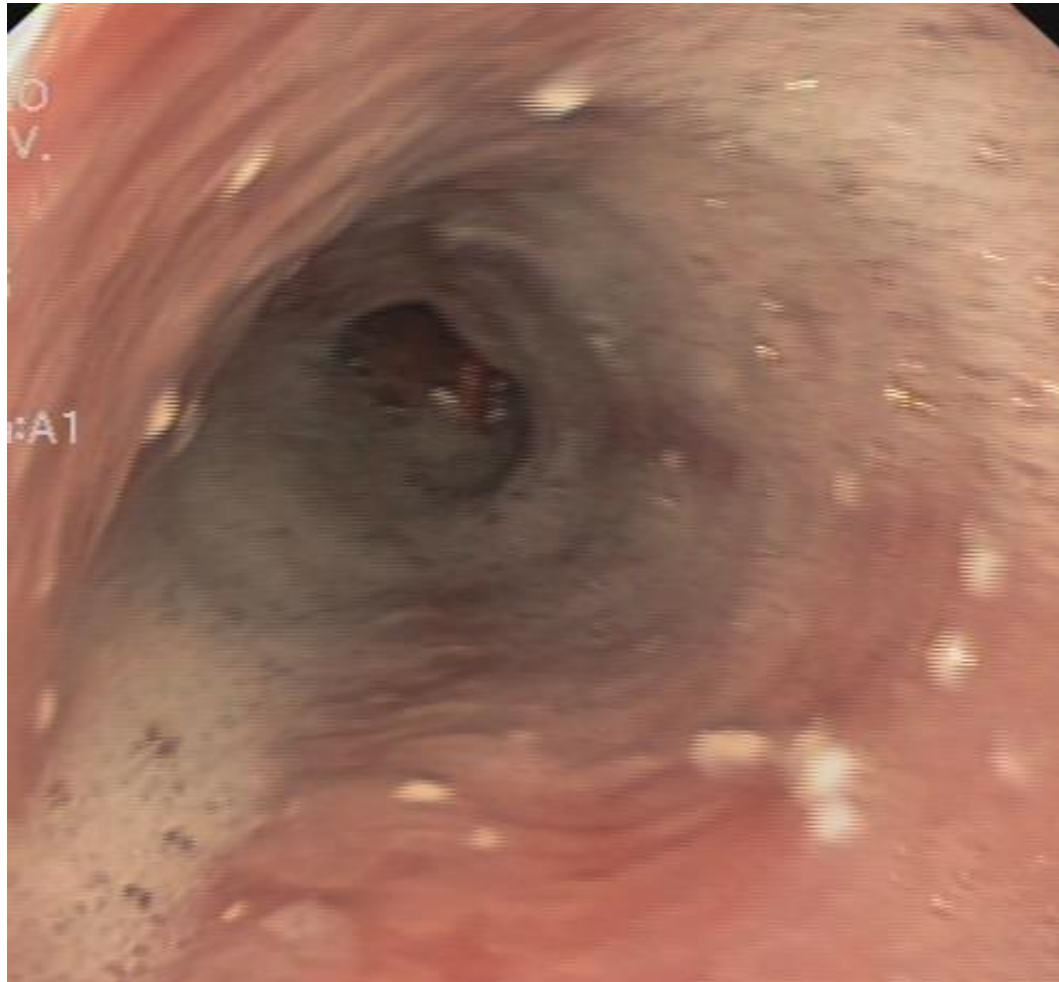


Clasificación de Kodsi

- **Grado I:** algunas placas elevadas de hasta 2 mm, con hiperemia, sin edema ni ulceración.
- **Grado II:** múltiples placas elevadas, mayores de 2mm, con hiperemia y edema, sin úlceras.
- **Grado III:** placas lineales y nodulares, elevadas y confluentes, con hiperemia y úlceras.
- **Grado IV:** grado III + friabilidad de la mucosa +/- estenosis.

Asayama N, et al. Relationship between clinical factors and severity of esophageal candidiasis according to Kodsi's classification. Dis Esophagus. 2014 Apr; 27 (3) 214-19.

Clasificación de Kodsi



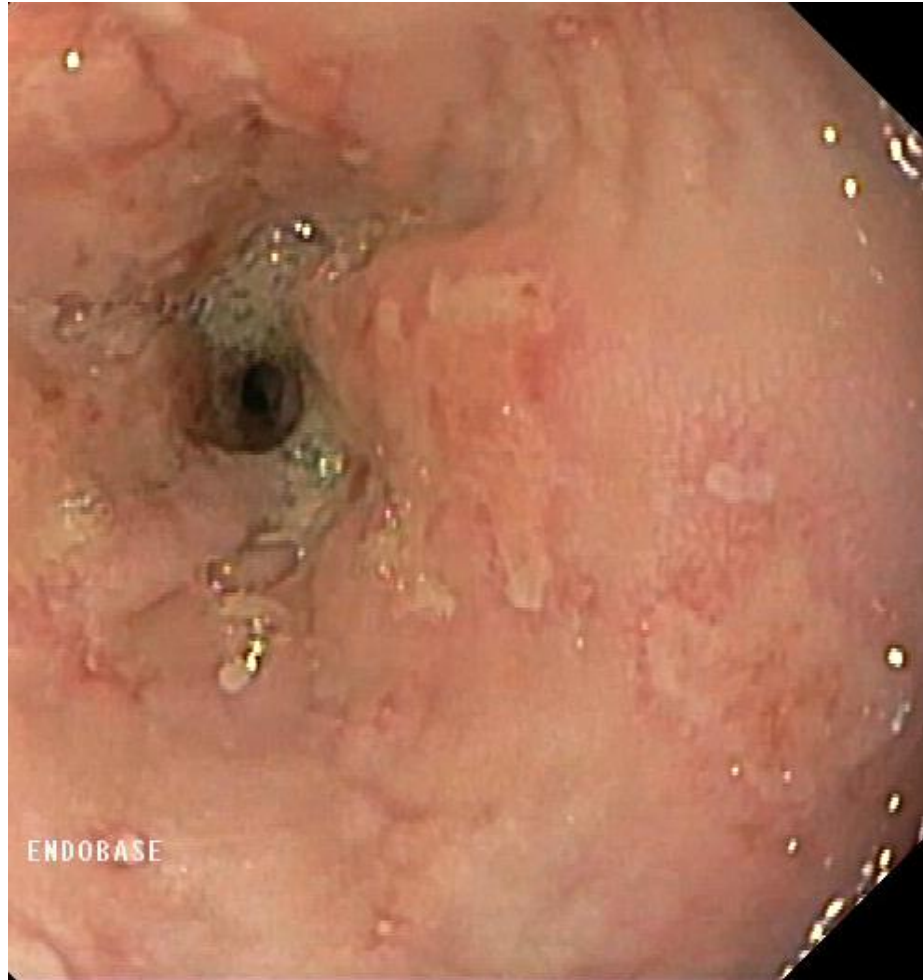
Pregunta 4. ¿Si en una gastroscopia objetivamos lesiones blanquecinas lineales y nodulares, elevadas y confluentes, con hiperemia y úlceras, compatibles con candidiasis, a qué grado de la clasificación de Kodsi nos referimos?

- a) Tipo II
- b) Tipo III
- c) Esta descripción no es sugestiva de candidiasis
- d) Tipo IV

Pregunta 4. ¿Si en una gastroscopia objetivamos lesiones blanquecinas lineales y nodulares, elevadas y confluentes, con hiperemia y úlceras, compatibles con candidiasis, a qué grado de la clasificación de Kodsi nos referimos?

- a) Tipo II
- b) Tipo III**
- c) Esta descripción no es sugestiva de candidiasis
- d) Tipo IV

3.2 Esofagitis por VHS



3.3 Esofagitis por CMV



Tratamiento

Candida	VHS	CMV
Fluconazol vo/iv (400mg 1ºd + 200-400mg/24h, 14-21d)	Aciclovir vo (400mg /8h, 7-10d, si IS 400mg/5h 14-21d)	Ganciclovir iv 5mg/kg/12h, 3-6 sem)
Itraconazol vo (alternativa, 200mg/24h, 14-21d)	Famciclovir vo (alternativa, 500mg/8h, 14-21d)	Foscarnet iv (alternativa, 90mg/kg/12h o 60mg/kg/8h)
Voriconazol vo (si resist, 200mg/24h, 14-21d)	Valaciclovir vo (alternativa, 1g/8h 14-21d)	Valganciclovir vo (mantenimiento, 900mg/24h)
Posaconazol vo (si resist, 400mg/24h, 14-21d)	Foscarnet iv (si resist, 40mg/kg/8h, 14-21d)	

4. Pólipos gástricos

- Incidencia 1-6%.
- >90% asintomáticos, si clínica: HDA, anemia, dolor abdominal o clínica obstructiva.
- La mayoría tienen bajo riesgo de malignización.
- Para su caracterización → endoscopia de calidad: limpieza de cámara gástrica (agua +/- antiespumantes), alta definición, cromoendoscopia.

PÓLIPO/S GÁSTRICO/S

Caracterización
Evaluación histológica

EPITELIALES

Pólipos Glándulas
Fúndicas

Hiperplásicos

Adenomas

TNE (carcinoides)

HAMARTOMATOSOS

Esporádicos

Asociados a S.genéticos:
Peutz-Jhegers, P.juvenil, S.
Cowden

MESENQUIMALES

P. Fibroide Inflamatorio

GIST

Otros: Leiomioma, t. Células
granulares

Pregunta 5. ¿Cuál es la forma de presentación clínica más frecuente de los pólipos gástricos?

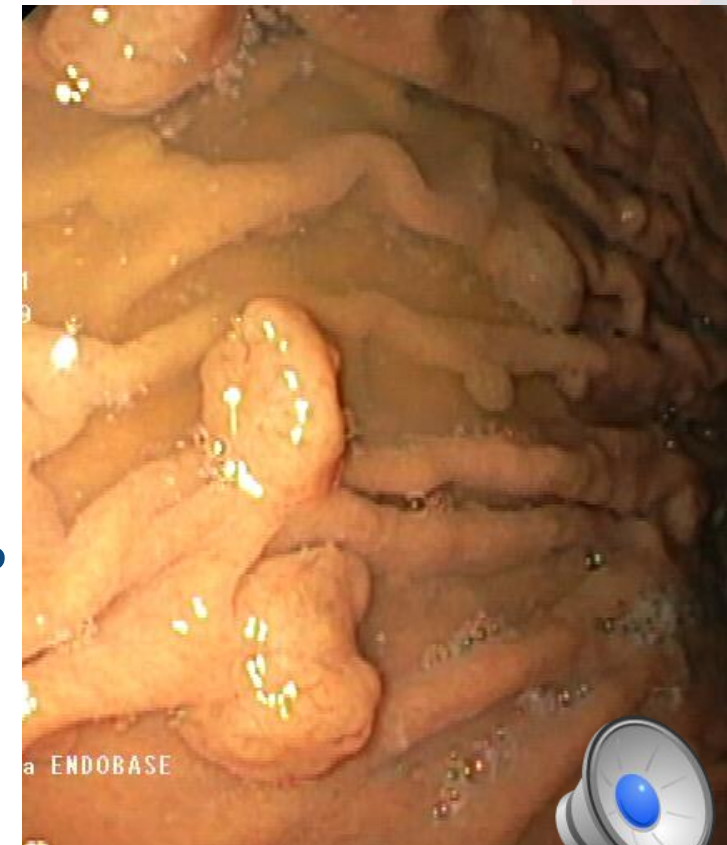
- a) Anemia
- b) Dolor abdominal
- c) Sangrado
- d) Asintomáticos

Pregunta 5. ¿Cuál es la forma de presentación clínica más frecuente de los pólipos gástricos?

- a) Anemia
- b) Dolor abdominal
- c) Sangrado
- d) **Asintomáticos**

4.1 Pólipos de glándulas fúndicas

- Los + frec (16-51%)
- 3 contextos clínicos: esporádicos, asociados al uso crónico de IBP y asociados a la poliposis adenomatosa familiar (PAF)
- Cuerpo y fundus
- No suelen estar asociados a la infección por HP ni con la GCA.
- Es muy raro que alberguen displasia (<1%, salvo en PAF (40%).
- Polipectomía (si >10mm), biopsias para descartar displasia, retirar IBP
- No requieren seguimiento (salvo en PAF)



4.1 Pólipos de glándulas fúndicas

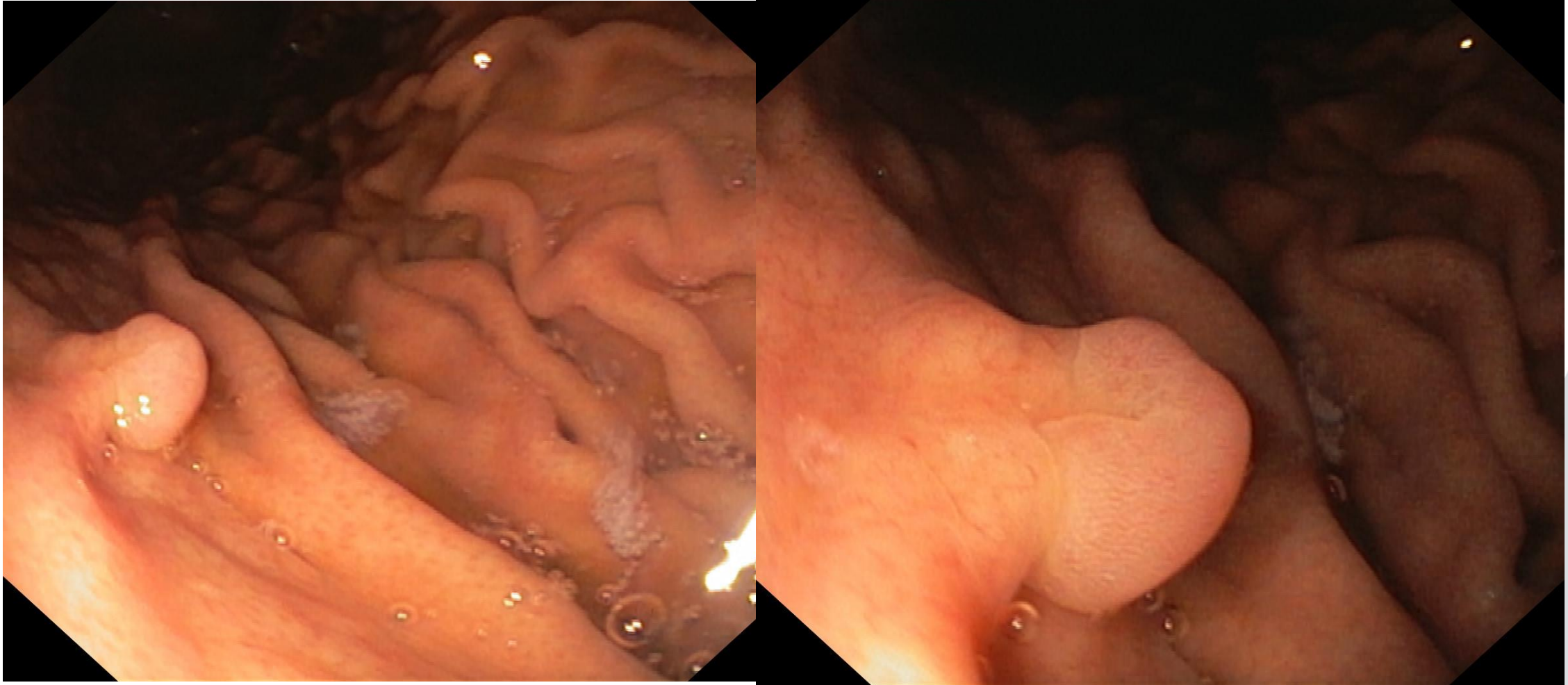


4.2 Pólipos hiperplásicos

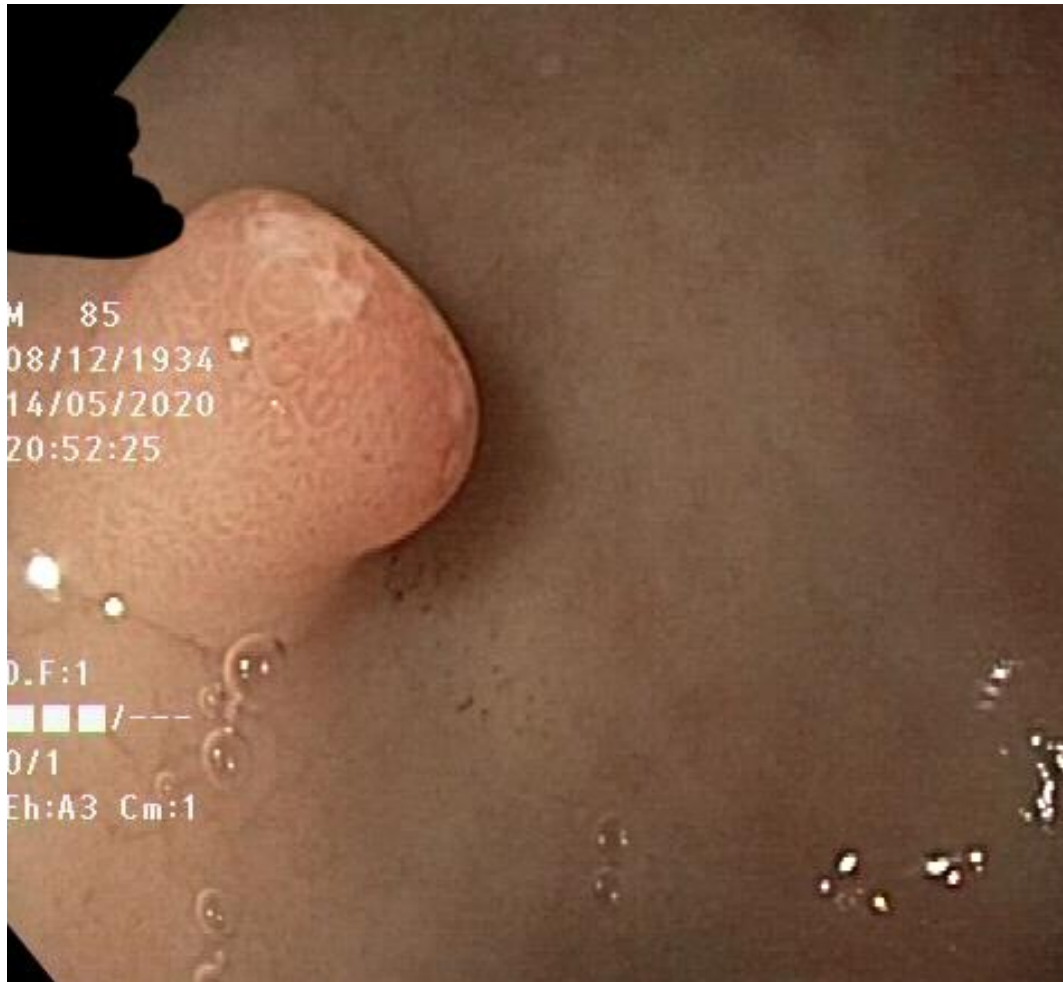
- Los 2º + frec
- Antro (pero cualquier localización)
- Asociados a GC, gastritis por HP, anemia perniciosa o gastritis reactiva o quirúrgica
- Pueden tener displasia (2-19%).
- Tienen bajo riesgo de malignización pero están asociados a alto riesgo de Ca sincrónico en mucosa gástrica (biopsiar mucosa circundante!)
- Erradicar HP (regresión del pólipo 80% de los casos)
- Gastroscoopia al año de la resección/tto erradicador



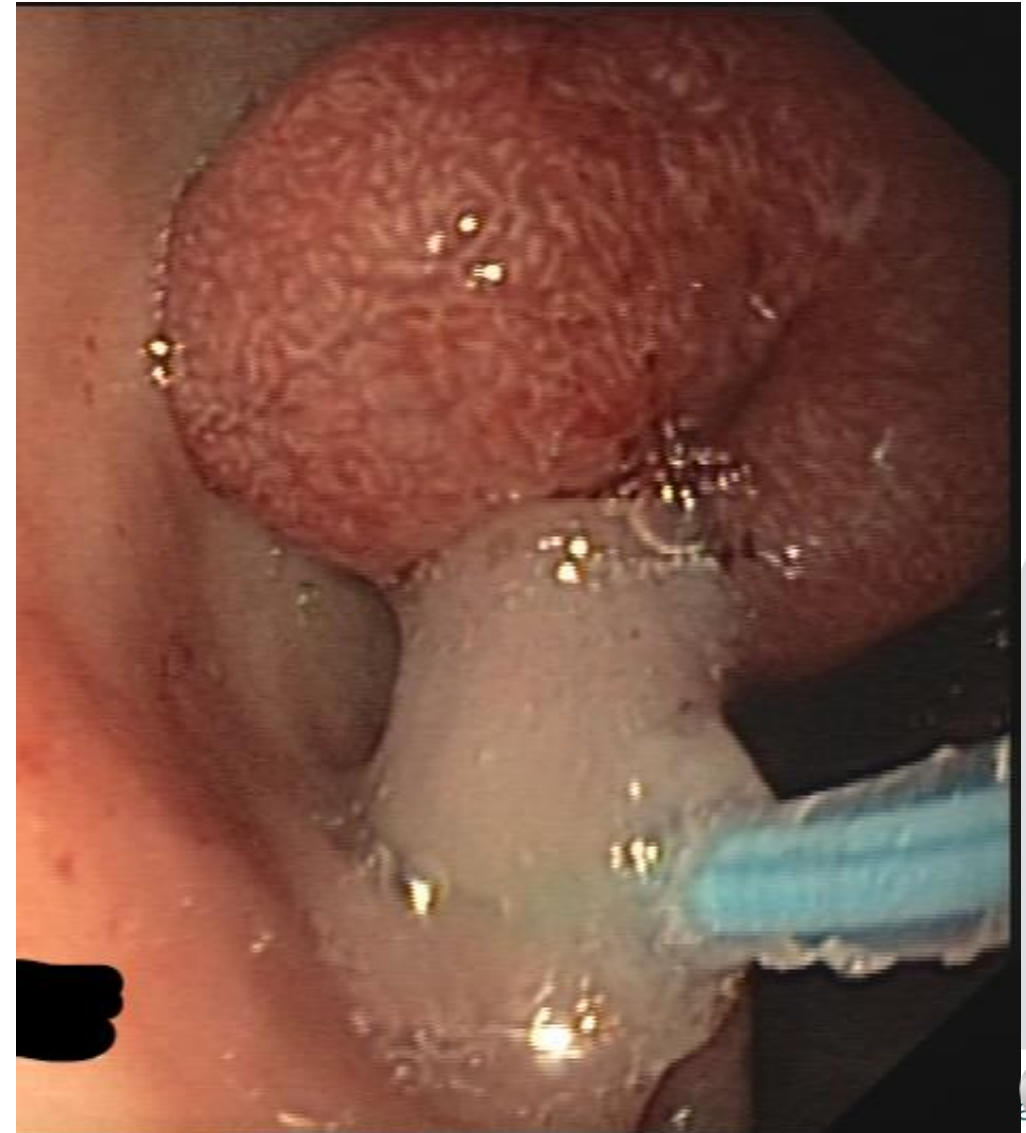
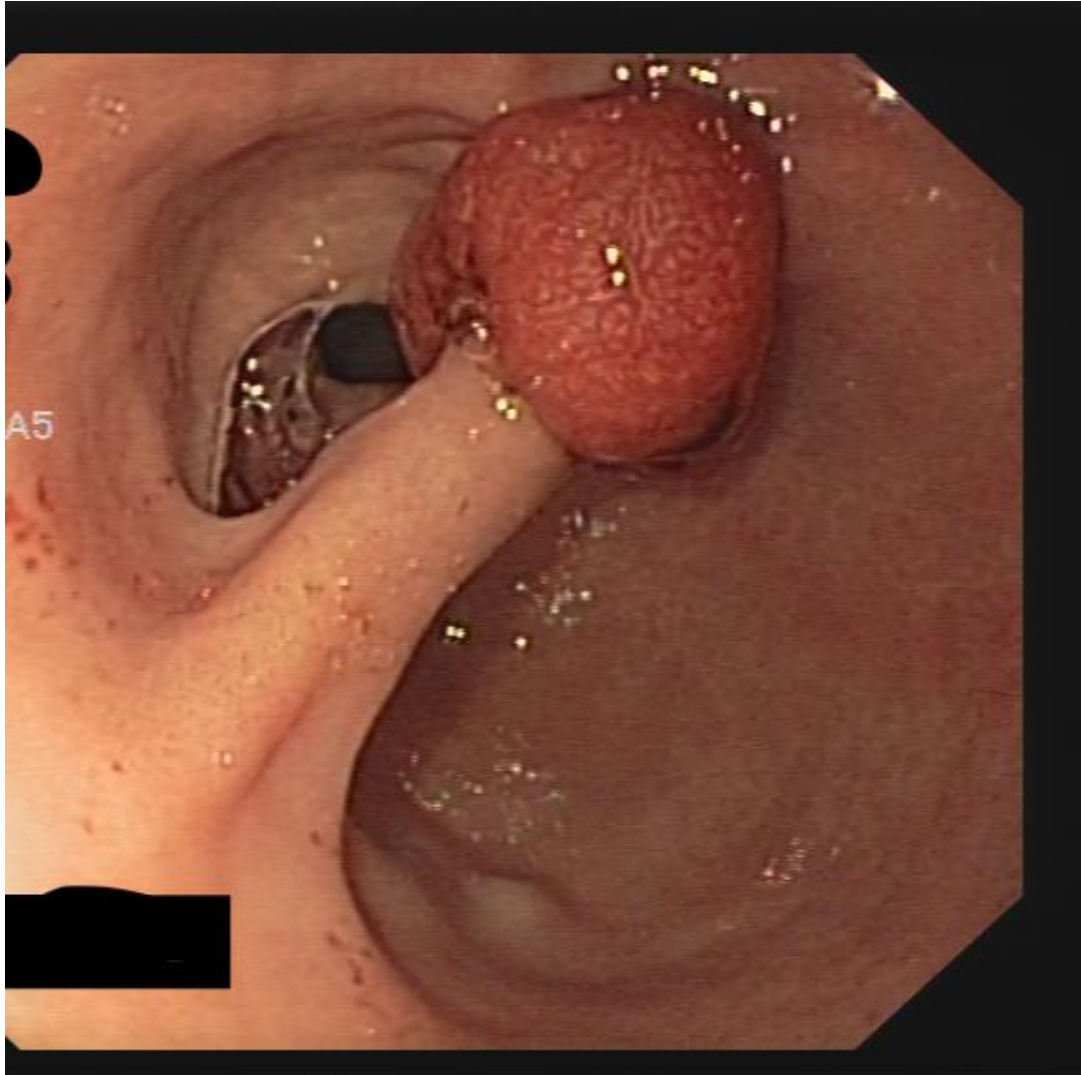
4.2 Pólipos hiperplásicos



4.2 Pólipos hiperplásicos



Pólipo hiperplásico/inflamatorio pediculado



4.3 Adenomas

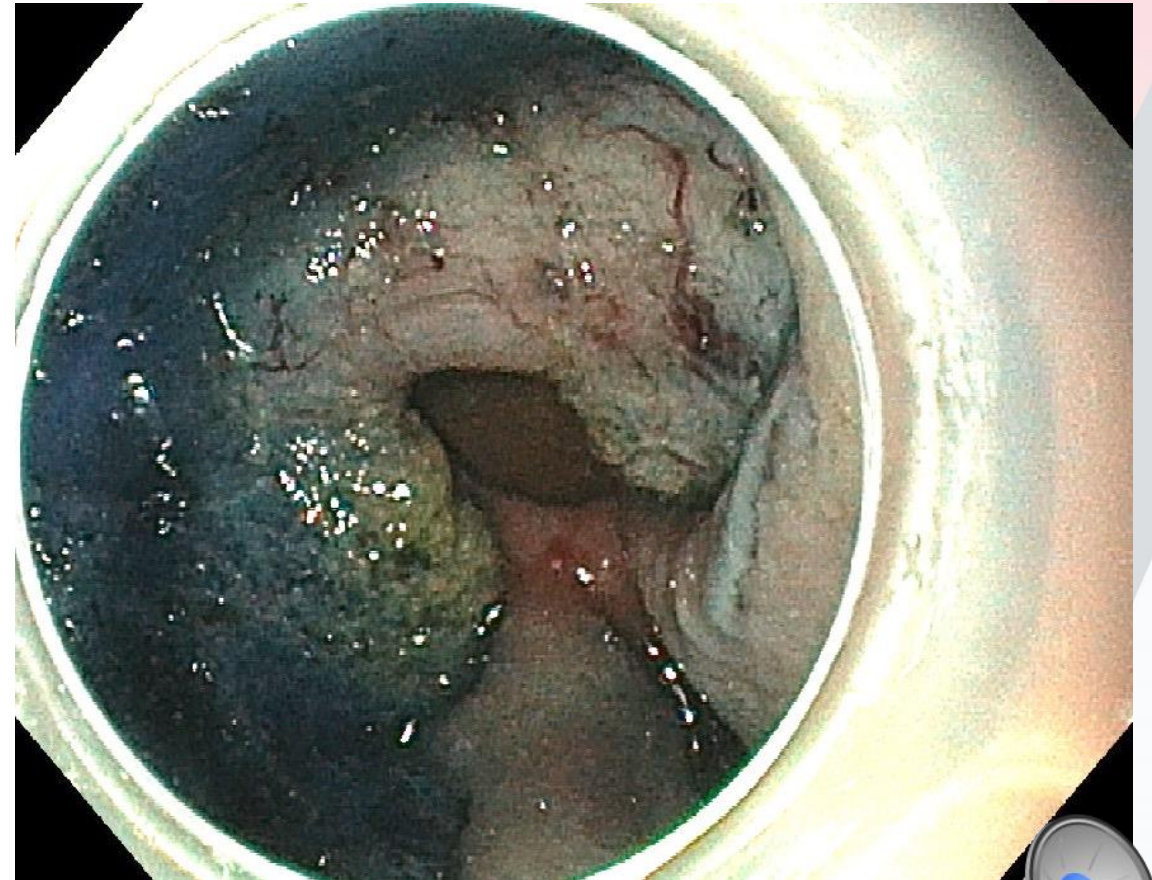
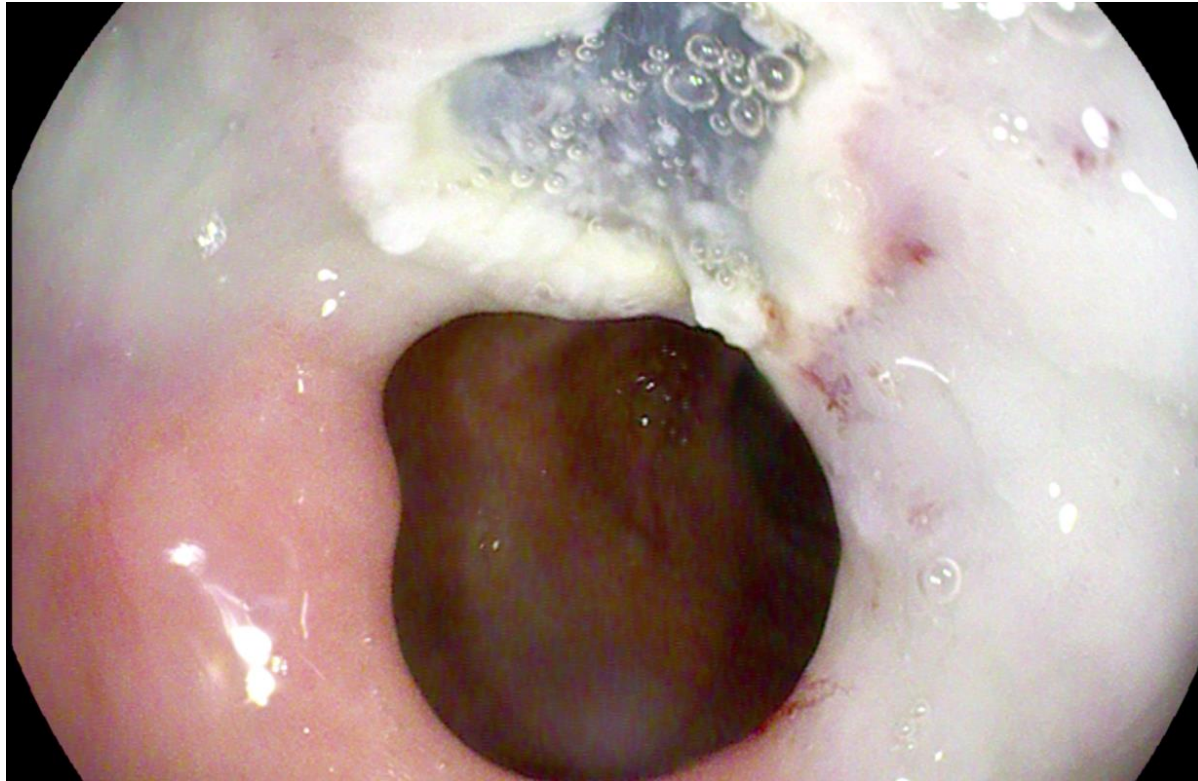
- Incidencia del 6-10%.
- Antro (localización + frec).
- Precursores de adenocarcinoma.
- Asociados a GCA y metaplasia, HP no aclarado.
- Tubulares/vellosos/tubulovellosos //DBG/DAG.
- Se recomienda siempre resección (polipectomía/REM/DES).
- Seguimiento posterior (6 meses si resección incompleta o DAG, 12 m resto).



4.3 Adenomas



REM y DES de adenomas



Pregunta 6. Realizando una gastroscopia para estudio de anemia en un paciente con 68 años, objetivamos un pólipo sésil (0-Is) de 20mm en antro gástrico. Tras mucosectomía completa, la lesión es compatible con un adenoma tubular con displasia de bajo grado, ¿cuándo le correspondería el siguiente control endoscópico?

- a) En 6 meses
- b) En función de la presencia de metaplasia o displasia en la mucosa gástrica, el pólipo se ha resecado completamente, no necesita seguimiento
- c) En un año
- d) Ninguna de las anteriores

Pregunta 6. Realizando una gastroscopia para estudio de anemia en un paciente con 68 años, objetivamos un pólipo sésil (0-Is) de 20mm en antro gástrico. Tras mucosectomía completa, la lesión es compatible con un adenoma tubular con displasia de bajo grado, ¿cuándo le correspondería el siguiente control endoscópico?

- a) En 6 meses
- b) En función de la presencia de metaplasia o displasia en la mucosa gástrica, el pólipo se ha resecado completamente, no necesita seguimiento
- c) **En un año**
- d) Ninguna de las anteriores

4.4 TNE (carcinoides)

- Cuerpo y fundus (90%).
- Secundarios a la proliferación de células EC like.
- Histológicamente similares (bx de mucosa circundante).
- 4 tipos:

I : + frec, GCA autoinmune, en racimos, resección + vigilancia/antrectomía

II: raros, en racimos, asociados a MEN I, Sind. ZE, gastrinomas, metástasis (MTX) 30%

III: 2º + frec, esporádicos, cualquier localizac, si > 2cm MTX linfática, tto qx

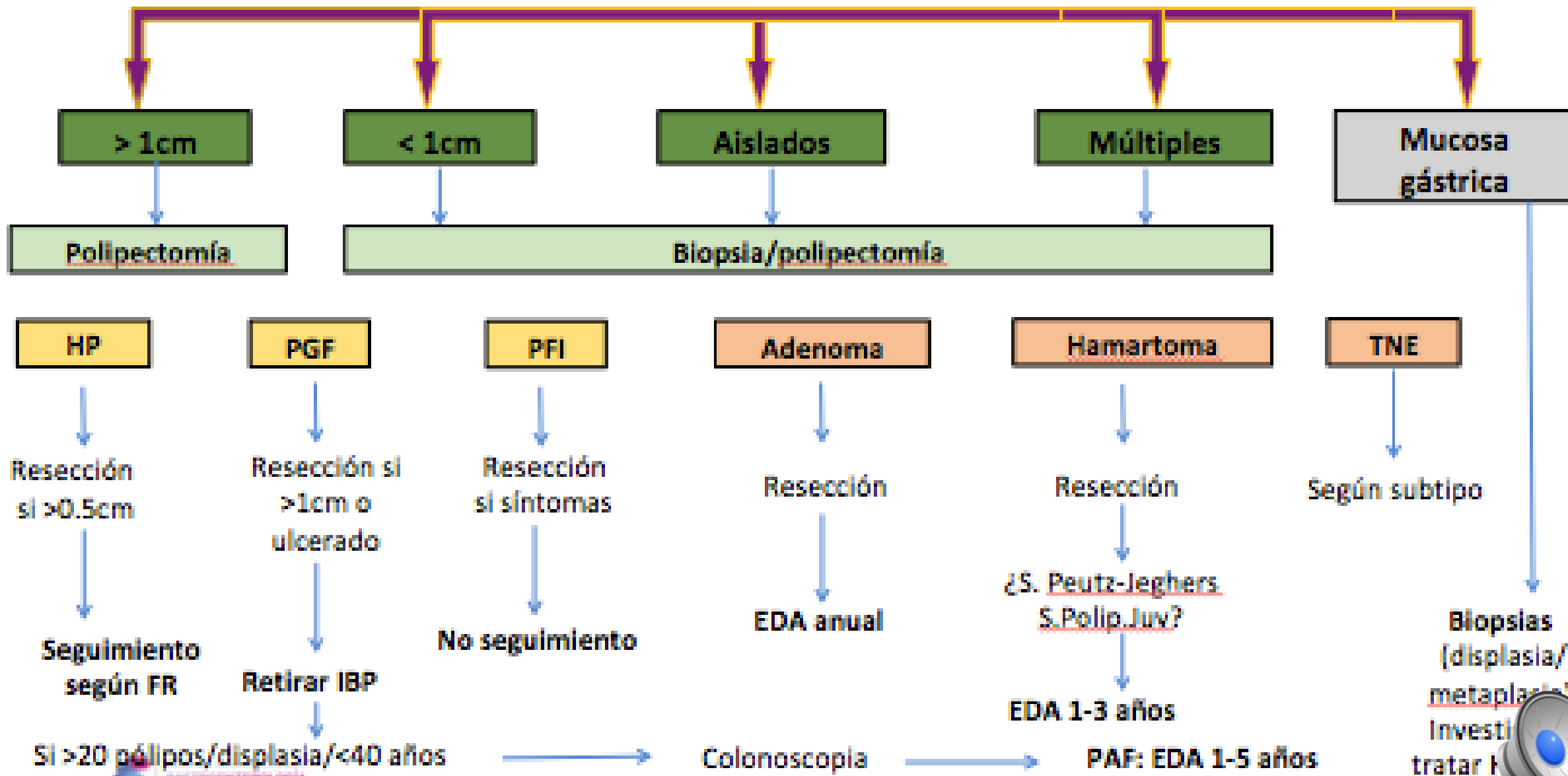
IV: varones >60 años, esporádicos, grandes y ulcerados, MTX, mal pronóstico



Carcinoides gástricos



PÓLIPO/S GÁSTRICO/S



Bibliografía

- García-Pagán JC, Barrufet M, Cardenas A et al. Management of gastric varices. Clin Gastroenterol Hepatol 2014 Jun; 12 (6): 919-28.
- Turon F, Casu S, Hernandez-Gea V, et al. Variceal and other portal hypertension related bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2013; 27: 649-64.
- Protopapas AA, Mylopoulou T, Papadopoulus VP, et al. Validating and expanding the Baveno VI criteria for esophageal varices in patient with advanced liver disease: a multicenter study. Ann Gastroenterol 2020 Jan-Feb; 33 (1) 87-94.
- Brullet Benedí E, Campos Fernández de los Rios R. Tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva: técnicas. En: Ponce García J, Castells Garangou A, Gomollón García, editores. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ªed. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 491-8.
- Chadwick Dr, Sutherland RK, Raffe S, et al. British HIV Association guidelines on the management of oportunistics infection in people living with HIV: the clinical management of gastrointestinal opportunistic infections 2020. HIV Medicine 2020; 21 (Suppl.5): 1-19.
- Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, et al. The management of gastric polyps 2010 Sept; 59 (9): 1270-6.
- Castro R, Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M. Evaluation and management of gastric epithelial polyps. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2017 Aug; 31 (4): 381-387.
- <https://www.asge.org/home/education/advanced-education-training/online-learning-gi-leap/gi-leap-lp>

