



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

Organiza:



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:

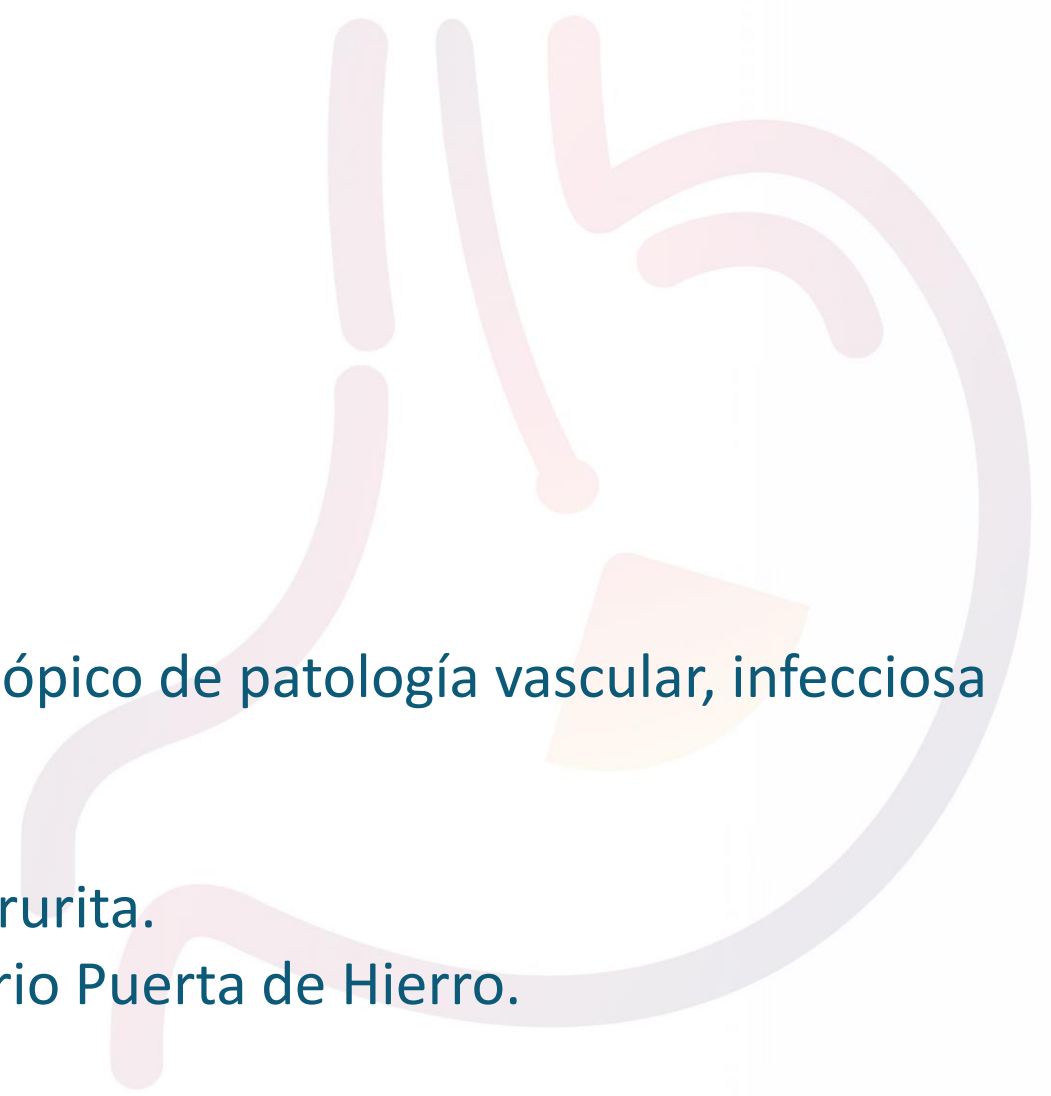


SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Colonoscopia

Clase magistral: Diagnóstico endoscópico de patología vascular, infecciosa y miscelánea.

Autores: Dra. Vanesa Jusué Irurita.
Hospital Universitario Puerta de Hierro.



Programa

- Clases magistrales

- Anatomía normal, descripción del procedimiento, indicaciones y criterios de calidad.
- Patología neoplásica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Patología vascular, infecciosa, y miscelánea.

- Seminarios

- Técnicas básicas de resección endoscópica en el colon: biopsia, polipectomía y RME estándar.
- Cromoendoscopia, magnificación y nuevas técnicas diagnóstico avanzado de lesiones neoplásicas.

Casos clínicos

- Caso clínico.

Dr. Eduardo Albéniz
Dra. Cristina Rubín de Célix
Dr. Carlos Marra
Dr. Óscar Nantes
Dra. Vanesa Jusué

Dr. Eduardo Albéniz

Dr. Óscar Nantes

Dra. Ana Amorós
Dr. Carlos Marra

- Píldoras

- Capsula endoscópica colorrectal. Dra. Ana Borda
- Modelos de entrenamiento en colonoscopia. Dra. Ana Amorós
- Dispositivos CAP en el endoscopio. Dra. Vanesa Jusue

- Algoritmos diagnósticos

- Diagnóstico de la hemorragia digestiva oculta. Dra. Nerea Hervás
Dra. Susana Oquiñena

- Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior

- Inteligencia artificial en colonoscopia Dra. Ana Amorós
- Robótica en endoscopia. Plataformas de ayuda para la resección endoscópica. Dra. Ana Amorós

- Test de autoevaluación

CONFLICTOS DE INTERÉS

No se declaran conflictos de interés



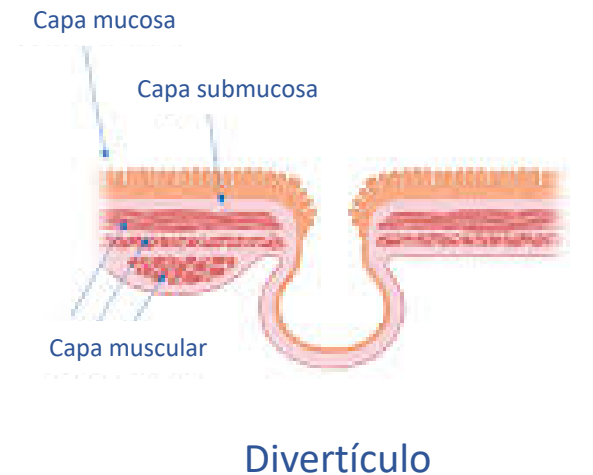
ÍNDICE

1. ENFERMEDAD DIVERTICULAR
2. COLITIS ISQUÉMICA
3. COLITIS INFECCIOSA
4. COLITIS MICROSCÓPICA
5. PROCTITIS ACTÍNICA
6. COLON POSTQUIRÚRGICO
7. PATOLOGÍA ANORRECTAL
8. OTRAS



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

- Prevalencia muy alta y aumenta con la edad
- Evaginaciones de pared intestinal en forma de saco en puntos de menor resistencia
- Pseudodivertículos: carecen de muscular propia
- Localización: **sigma**> descendente> transverso> ascendente> ciego> recto
- Formas de presentación clínica:
 - Diverticulosis asintomática
 - Enfermedad diverticular
 - Diverticulitis aguda
 - Hemorragia diverticular
 - Colitis segmentaria asociada a divertículos



Saavedra-Perez D et al. Management of symptomatic uncomplicated diverticular colon disease: A systematic review of diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol. 2021 Aug-Sep;44(7):497-518

Pregunta 1. Señale la respuesta correcta con respecto a los divertículos de colon:

1. La presencia de divertículos es un hallazgo poco frecuente en las exploraciones endoscópicas
2. La mayoría de ellos son pseudodivertículos y carecen de submucosa
3. Los divertículos son invaginaciones del colon
4. La localización más frecuente es en colon izquierdo

Pregunta 1. Señale la respuesta correcta con respecto a los divertículos de colon:

1. La presencia de divertículos es un hallazgo poco frecuente en las exploraciones endoscópicas
2. La mayoría de ellos son pseudodivertículos y carecen de submucosa
3. Los divertículos son invaginaciones del colon
4. **La localización más frecuente es en colon izquierdo**

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

HALLAZGOS EN LA COLONOSCOPIA

Diverticulosis: saculaciones entre dos pliegues interhaustales engrosados



Estenosis: espasmo muscular o secuela de diverticulitis previa



Diverticulitis: edema e hiperemia, estrechamiento y espasmo, sufusión hemorrágica, contenido purulento



Hemorragia: flujo de sangre, vaso visible, coágulo centinela



Colitis segmentaria asociada a divertículos (SCAD): eritema, erosiones, granularidad y fragilidad de la mucosa parcheada de colon izquierdo



Clasificación endoscópica DICA (Diverticula Inflammation and Complications Assessment)



ÍTEM	PUNTOS
EXTENSIÓN DIVERTICULOSIS	
COLON IZQUIERDO	2
COLON DERECHO	1
Nº DIVERTÍCULOS (EN CADA SEGMENTO)	
HASTA 15: GRADO I	0
MÁS DE 15: GRADO II	1
SIGNOS INFLAMATORIOS	
EDEMA/HIPERÉMIA	1
EROSIONES	2
SCAD	3
COMPLICACIONES	
RIGIDEZ	4
ESTENOSIS	4
PUS	4
HEMORRAGIA	4
DICA 1 (1-3 PUNTOS): SIN RIESGO COMPLICACIONES DICA 2 (4-7 PUNTOS): RIESGO BAJO DICA 3 (> 7 PUNTOS): RIESGO ALTO	

Grande G et al. The Role of Colonoscopy in the Diverticular Disease. J Clin Gastroenterol. 2016 Oct;50 Suppl 1:S13-5



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Técnicamente difícil, peligrosa (perforación) y dolorosa

Zonas más espásticas y/o rectificación del sigma

Insuflar menor cantidad de aire posible y/o técnica de inmersión

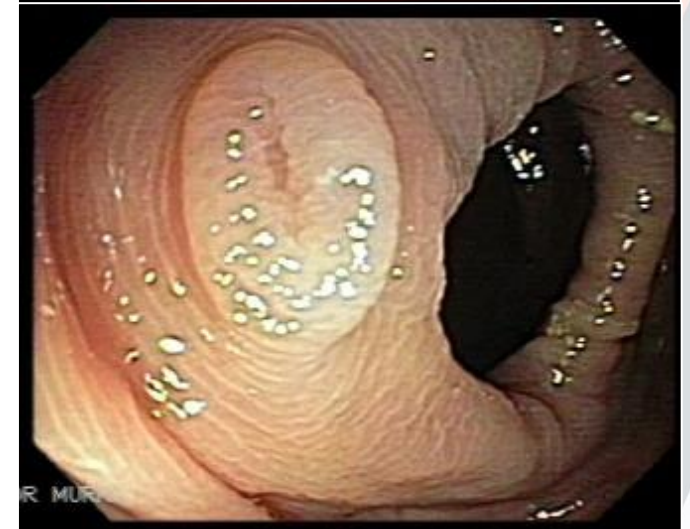
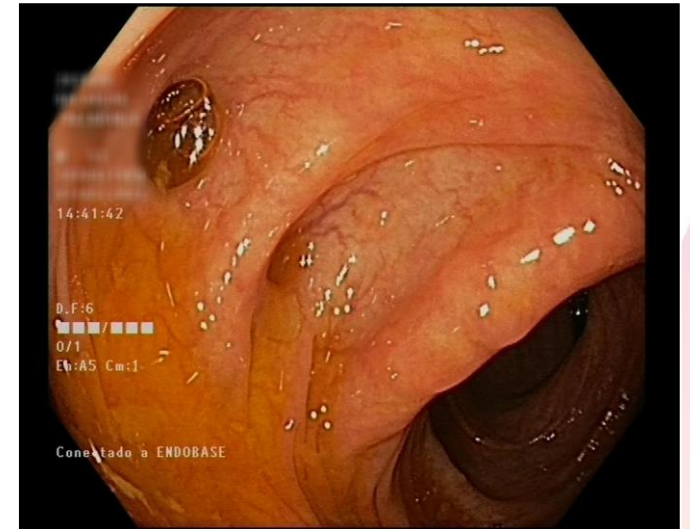
No avanzar a ciegas

Evitar aspirar pared de divertículo → eversión y posible confusión con pólipo

Diferenciar orificio diverticular vs luz de colon

- Divertículo: pared lisa sin fruncimiento ni confluencia de pliegues
- Colon: pliegues haustrales y movimiento peristáltico

Grande G et al. The Role of Colonoscopy in the Diverticular Disease. J Clin Gastroenterol. 2016 Oct;50 Suppl 1:S13-5



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

COLONOSCOPIA EN DIVERTICULITIS AGUDA

Más frecuente en colon izquierdo

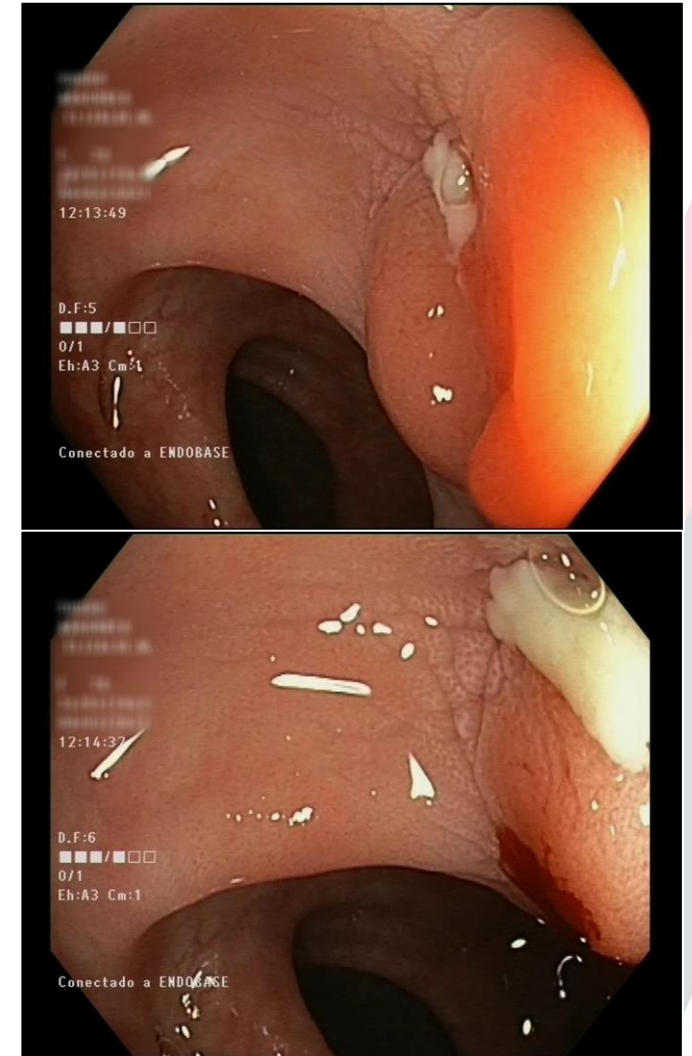
Diverticulitis aguda: elevado riesgo de perforación

- Si hallazgo incidental → SUSPENDER COLONOSCOPIA

Indicación de colonoscopia tras episodio de diverticulitis aguda: **controvertido**

- No evidencia definitiva de mayor riesgo de cáncer colorrectal → diagnóstico diferencial
- No se recomienda colonoscopia de rutina tras episodio de diverticulitis aguda
- Si se requiere por dudas diagnósticas esperar 4-6 semanas (7-10 días)

Grande G et al. The Role of Colonoscopy in the Diverticular Disease. J Clin Gastroenterol. 2016 Oct;50 Suppl 1:S13-5.
Saavedra-Perez D et al. Management of symptomatic uncomplicated diverticular colon disease: A systematic review of diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol. 2021 Aug-Sep;44(7):497-518.



ENFERMEDAD DIVERTICULAR

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIVERTICULAR

Causa más frecuente de hemorragia digestiva baja. Cese espontáneo 70-80%, resangrado 25-30%. Más frecuente en colon derecho

Colonoscopia primera prueba diagnóstica (estabilidad hemodinámica)

Tratamiento endoscópico dirigido a estigmas de sangrado reciente (sangrado intermitente): *sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido*

- Tratamiento recomendado: terapia mecánica (**ligadura con bandas o hemoclip**)
 - Ligadura de bandas endoscópica: eficacia 99% y resangrado 9%. Cuidado: inflamación aguda, estenosis, estrechamientos en colon, angulaciones y perforación diferida en colon derecho
 - Hemoclips
 - Otros: Hemostasia por inyección adrenalina asociada a métodos térmicos y polvos hemostáticos (Hemospray, Endoclot...)



Triantafyllou K et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Aug;53(8):850-868.



Pregunta 2. Señale la respuesta incorrecta:

1. No se recomienda la realización de una colonoscopia de rutina de forma sistemática tras un episodio de diverticulitis aguda, a no ser que existan dudas diagnósticas
2. Ante el hallazgo endoscópico de diverticulitis aguda, se recomienda completar la colonoscopia para descartar patología asociada
3. La clasificación DICA se basa únicamente en parámetros endoscópicos
4. No existe evidencia científica de que la diverticulitis aguda se asocie a un mayor riesgo de cáncer colorrectal



Pregunta 2. Señale la respuesta incorrecta:

1. No se recomienda la realización de una colonoscopia de rutina de forma sistemática tras un episodio de diverticulitis aguda, a no ser que existan dudas diagnósticas
- 2. Ante el hallazgo endoscópico de diverticulitis aguda, se recomienda completar la colonoscopia para descartar patología asociada**
3. La clasificación DICA se basa únicamente en parámetros endoscópicos
4. No existe evidencia científica de que la diverticulitis aguda se asocie a un mayor riesgo de cáncer colorrectal

COLITIS ISQUÉMICA

Forma más frecuente de isquemia intestinal (70%)

Áreas más vulnerables: ángulo esplénico (punto de Griffith), unión rectosigmoidea (punto de Sudeck) y el colon derecho

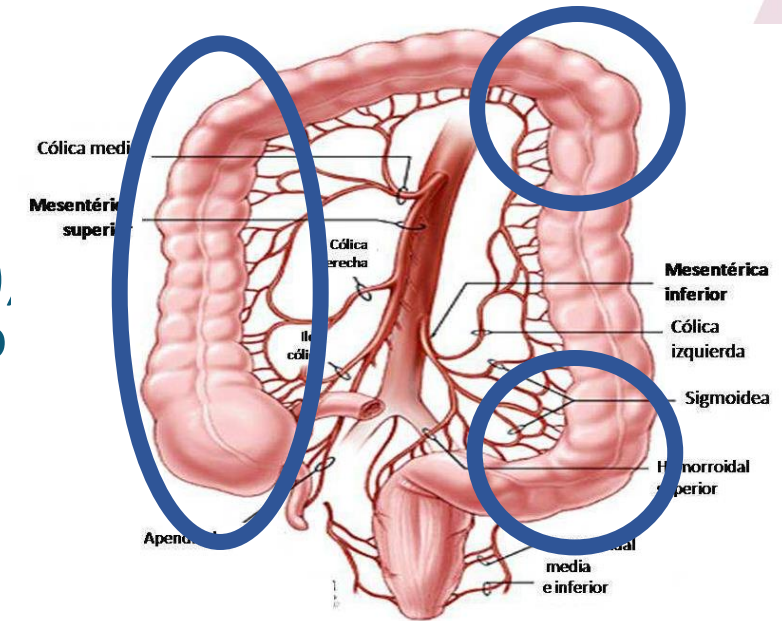
Colonoscopia: *prueba diagnóstica de elección*

- Temprana (48h)
- Técnica:
 - Sin preparación
 - Mínima insuflación. Siempre CO2
 - Hasta el punto más distal de afectación
 - Biopsiar: áreas afectadas + mucosa sana

NUNCA SI

- Signos de peritonitis
- Evidencia de isquemia irreversible
- Mucosa sugestiva de gangrena

→ TC



Brandt LJ et al. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI).
Am J Gastroenterol. 2015 Jan;110(1):18-44

COLITIS ISQUÉMICA

FORMAS CLÍNICAS-HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

Inespecíficos y variables

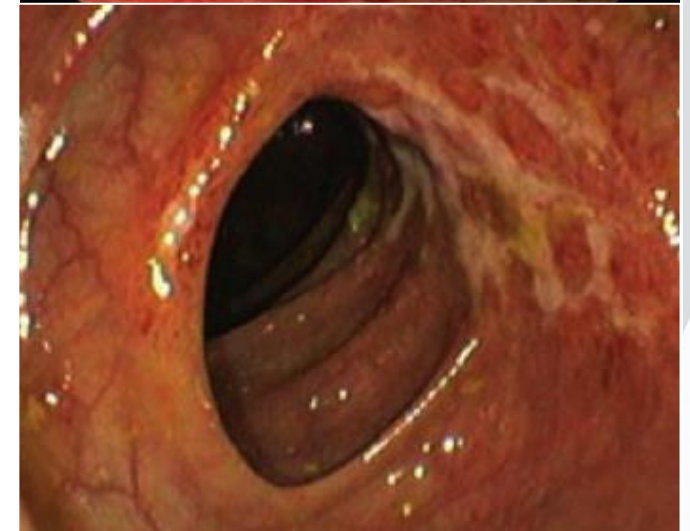
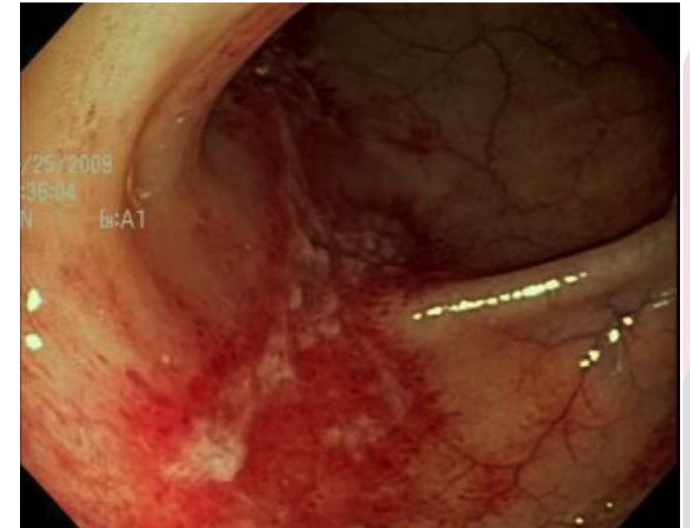
Imagen endoscópica ≠ Gravedad clínica

1. Colopatía reversible (25%)

- Hemorragias subepiteliales/intramurales y edema
- Reabsorción en 3 primeros días o úlceras → colitis transitoria
- Mortalidad 0%

2. Colitis transitoria (43%)

- Áreas parcheadas mucosa eritematosa entre mucosa pálida/normal
- Friabilidad, petequias, hemorragias subepiteliales, engrosamientos parietales (aspecto cerebroide o pseudovaricoso)
- Úlceras superficiales: úlcera superficial única en borde antimesentérico (muy específico, buen pronóstico)
- Resolución síntomas en 2 semanas (úlceras asintomáticas: meses)
- Mortalidad 3,3%



Brandt LJ et al. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI).
Am J Gastroenterol. 2015 Jan;110(1):18-44

COLITIS ISQUÉMICA

3. Colitis segmentaria crónica (18%):

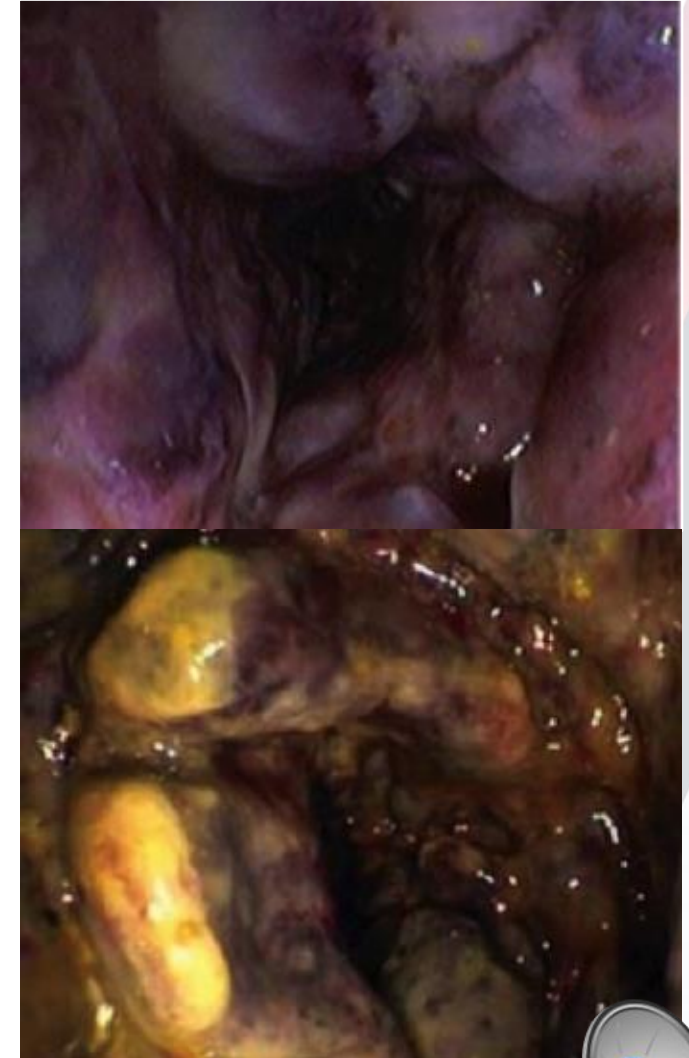
- Segmento de colon ulcerado, fibrosis secundaria a úlceras (aspecto pseudodiverticular). Estenosis →
- Síntomas > 2 semanas
- Mortalidad 4,6%

4. Colitis gangrenosa (10%):

- Peritonismo, íleo, fiebre, hipotensión y acidosis metabólica →
- Placas negruzcas adheridas que se desprenden → mucosa sangrante y que se ulcera con facilidad → **SUSPENDER COLONOSCOPIA**
- Mortalidad 30%

5. Colitis fulminante universal (2,5%):

- Comienzo súbito con peritonitis rápidamente progresiva
- Mortalidad 90-100%



Brandt LJ et al. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). Am J Gastroenterol. 2015 Jan;110(1):18-44

Pregunta 3. En relación con la colitis isquémica, señale la respuesta incorrecta:

1. Es la forma más frecuente de isquemia intestinal
2. Para confirmar su diagnóstico se recomienda realizar una colonoscopia de forma precoz (dentro de las primeras 48 horas)
3. La forma de presentación más frecuente es la colopatía reversible
4. Ante el hallazgo endoscópico de nódulos y placas negruzcas en la mucosa del colon, se recomienda suspender la colonoscopia

Pregunta 3. En relación con la colitis isquémica, señale la respuesta incorrecta:

1. Es la forma más frecuente de isquemia intestinal
2. Para confirmar su diagnóstico se recomienda realizar una colonoscopia de forma precoz (dentro de las primeras 48 horas)
- 3. La forma de presentación más frecuente es la colopatía reversible**
4. Ante el hallazgo endoscópico de nódulos y placas negruzcas en la mucosa del colon, se recomienda suspender la colonoscopia

COLITIS INFECCIOSA

Indicación de colonoscopia en estudio de diarrea sugestiva de colitis infecciosa:

- Gravedad/organicidad/mala respuesta tratamiento
- Diagnóstico diferencial: sobre todo enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
- Pacientes inmunodeprimidos
- Sospecha de proctitis de transmisión sexual

Gran variabilidad en imágenes endoscópicas, poco específicas

Biopsias para estudio histopatológico, cultivo microbiológico y citología

COLITIS VIRALES

- Citomegalovirus: Friabilidad, eritema. Úlceras grandes bien delimitadas separadas por mucosa normal
 - Biopsias profundas del centro de úlcera (infección submucosa)
- Herpes simple: Friabilidad, eritema. Úlceras superficiales confluyentes
 - Biopsia/citología de los bordes de la úlcera



Charles F. Haines, Cynthia L. Sears. Capítulo 110 – Enteritis y proctocolitis infecciosa, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 1896-1929, ISBN 978-84-9113-211-0
Colitis infecciosas. Capítulo 47. Endoscopia Digestiva diagnóstica y terapéutica. J.L. Vázquez-Iglesias



COLITIS INFECCIOSA

TRANSMISIÓN SEXUAL Sigma, recto y ano. Sintomatología anorrectal

- Chlamydia trachomatis: edema y eritema con exudado purulento y úlceras
Formas crónicas: cicatrices, fístulas o masa pseudotumorales
- Neisseria gonorrhoeae: Edema, eritema y friabilidad de recto con secreción purulenta

COLITIS BACTERIANAS Diagnóstico diferencial con EII

- Campylobacter: Recto suele estar afectado
- Shigella: Similar a colitis ulcerosa, pero mucosa menos friable y granular
- E.Coli: sobre todo en colon derecho
- Salmonella: Variable. Generalmente recto sin afectación. Formas graves: exudados necróticos similares a pseudomembranas con úlceras profundas
- Yersinia: íleon y colon derecho

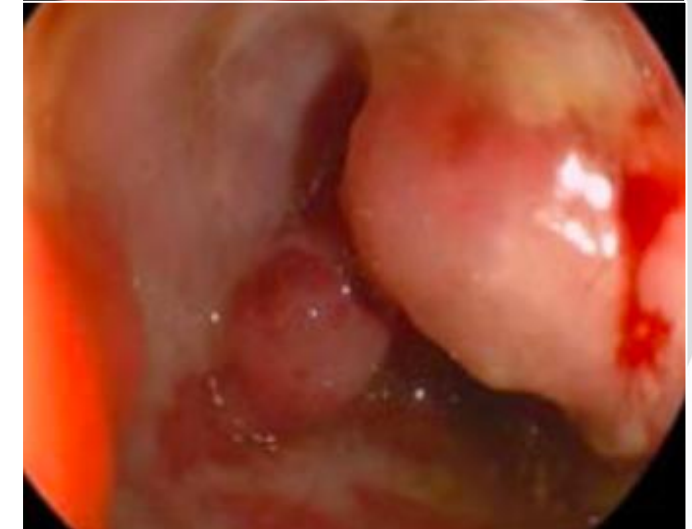


Charles F. Haines, Cynthia L. Sears. Capítulo 110 – Enteritis y proctocolitis infecciosa, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 1896-1929, ISBN 978-84-9113-211-0
Colitis infecciosas. Capítulo 47. Endoscopia Digestiva diagnóstica y terapéutica. J.L. Vázquez-Iglesias

COLITIS INFECCIOSA

COLITIS BACTERIANAS

- Clostridium difficile: Amplio espectro de lesiones. Más frecuente en colon izquierdo
 - *Colitis pseudomembranosa*: placas blanco-amarillentas bien delimitadas y exudado mucopurulento
 - Casos graves: coalescencia de lesiones con punteado hemorrágico y necrosis
- Mycobacterium tuberculosis: Similar a enfermedad de Crohn (EC). Afectación ileocecal
 - Tres formas principales:
 - Ulcerativa: úlceras superficiales parcheadas sobre mucosa eritematosa
 - Hipertrófica: zonas cicatriciales con estenosis y lesiones pseudopolipoideas (diagnóstico diferencial con cáncer colorrectal)
 - Ulcerohipertrófica: combinación de ambas. Diferencias con EC:
 - Úlceras circunferenciales con eje longitudinal perpendicular a la luz
 - Afectación en segmentos más cortos



Charles F. Haines, Cynthia L. Sears. Capítulo 110 – Enteritis y proctocolitis infecciosa, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 1896-1929, ISBN 978-84-9113-211-0
Colitis infecciosas. Capítulo 47. Endoscopia Digestiva diagnóstica y terapéutica. J.L. Vázquez-Iglesias



COLITIS MICROSCÓPICA

COLITIS COLÁGENA/COLITIS LINFOCÍTICA

Diarrea acuosa sin sangre. Mujeres >60 años

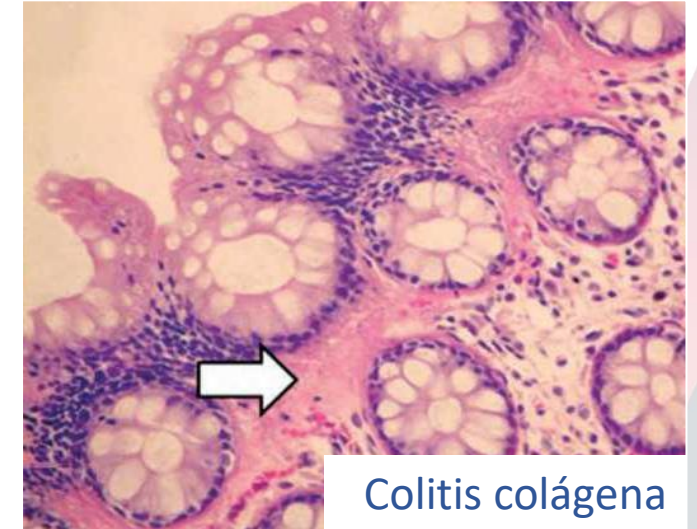
Histología:

- Comunes: infiltrado inflamatorio crónico lámina propia, lesión epitelial y aumento de linfocitos intraepiteliales (>7/100 cels epiteliales)
- Colitis colágena: banda irregular colágeno $\geq 10\mu\text{m}$
- Colitis linfocítica: >20 linfocitos intraepiteliales/100 cels epiteliales

Colonoscopia con ileoscopia con $\geq 6-8$ biopsias de al menos colon derecho e izquierdo (por separado)

- Colon derecho: ↑células inflamatorias en la lámina propia
- Sigma y recto: ↑banda de colágeno

Hallazgos endoscópicos inespecíficos: normal en > 50%. Colon izquierdo



Marlicz W et al. Endoscopic findings and colonic perforation in microscopic colitis: A systematic review. Dig Dis Sci. 2017; 49: 1075-85

COLITIS MICROSCÓPICA

Hallazgos endoscópicos

0: Colon macroscópicamente normal: normal o cambios menores / inespecíficos



1: Cambios anatómicos: pérdida de haustración, colon rígido, lumen estrecho

2: Cambios mucosos: eritema parcheado, mucosa hiperémica, congestión, edema, erosiones, friabilidad, sangrado al roce, cicatrices parcheadas, pseudomembranas, patrón de mosaico de la mucosa



3: Cambios patrón vascular: pérdida del patrón vascular, hipervascularidad mínimamente distorsionada



4: Defectos mucosos y submucosos: úlceras, laceraciones, “rasguño de gato” en el colon, desgarros mucosos

5: Patrón mixto: combinación de dos o más de los anteriores



6: Inflamación transmural severa: úlceras longitudinales, induración de la pared, neumatosis, datos generales de colitis



Marlicz W et al. Endoscopic findings and colonic perforation in microscopic colitis: A systematic review. Dig Dis Sci. 2017; 49: 1075-85



Pregunta 4. Ante una colonoscopia con indicación de estudio de diarrea:

1. Se deben tomar biopsias de colon aunque la apariencia macroscópica sea normal
2. Se recomienda tomar múltiples biopsias de diferentes tramos del colon en botes separados
3. Las lesiones endoscópicas de las colitis infecciosas suelen ser inespecíficas y en ocasiones difíciles de diferenciar de una enfermedad inflamatoria intestinal
4. Todas las anteriores son correctas

Pregunta 4. Ante una colonoscopia con indicación de estudio de diarrea:

1. Se deben tomar biopsias de colon aunque la apariencia macroscópica sea normal
2. Se recomienda tomar múltiples biopsias de diferentes tramos del colon en botes separados
3. Las lesiones endoscópicas de las colitis infecciosas suelen ser inespecíficas y en ocasiones difíciles de diferenciar de una enfermedad inflamatoria intestinal
4. **Todas las anteriores son correctas**

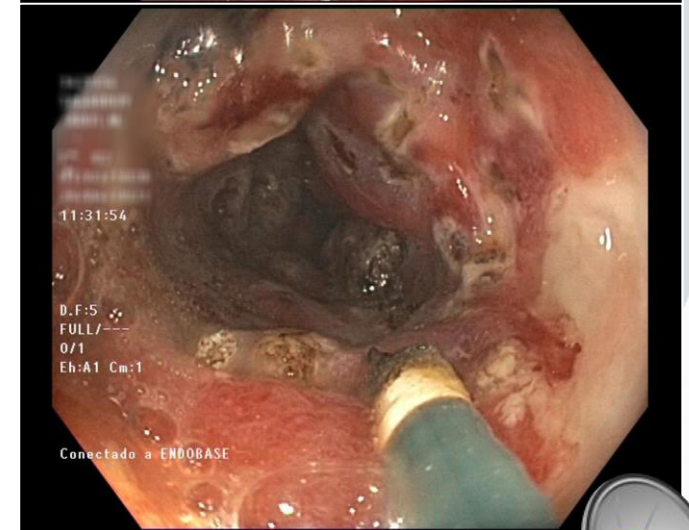
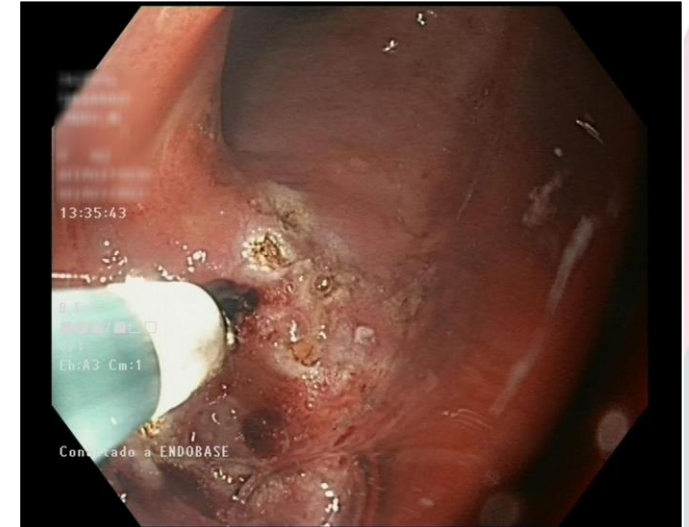
PROCTITIS ACTÍNICA

Radioterapia en neoplasias genitourinarias → proctitis aguda y **crónica**

Proctitis actínica crónica (>3 m): vasculopatía de pequeño vaso.

Incidencia: 5% (20-30%)

- Hallazgos endoscópicos: recto. Biopsias no necesarias
 - Telangiectasias múltiples, eritema, friabilidad con sangrado al roce
 - Menos frecuentemente úlceras y estenosis
- Tratamiento endoscópico (rectorragia):
 - **Coagulación con argón plasma**: Tratamiento de elección (40W; 1-2 L/min)
 - Otros: electrocoagulación bipolar, láser, ablación por radiofrecuencia



Weiner JP et al. Endoscopic and non-endoscopic approaches for the management of radiation-induced rectal bleeding. World J Gastroenterol. 2016 Aug 21;22(31):6972-86

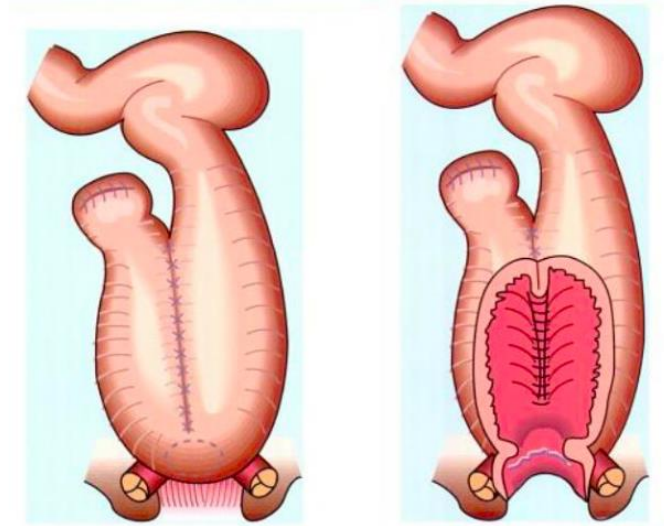
COLON POSTQUIRÚRGICO

Anastomosis quirúrgicas: reconocimiento de zona de sutura (línea circular de aspecto fibroso)

Tipos de anastomosis

- Laterolateral
- Terminolateral
- Terminoterminal
- Ileoanal con reservorio (J/S): pouchitis (reservoritis)

Colitis por derivación: inflamación inespecífica de segmentos de colon excluidos del tránsito fecal



Araghizadeh Farshid, Capítulo 117 - Ileostomía, colostomía y reservorios, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 2062-2075, ISBN 978-84-9113-211-0

COLON POSTQUIRÚRGICO

COLOSTOMÍA/ILEOSTOMÍA

Revisión externa de ostomía: descartar fístulas, úlceras, lesiones dérmicas

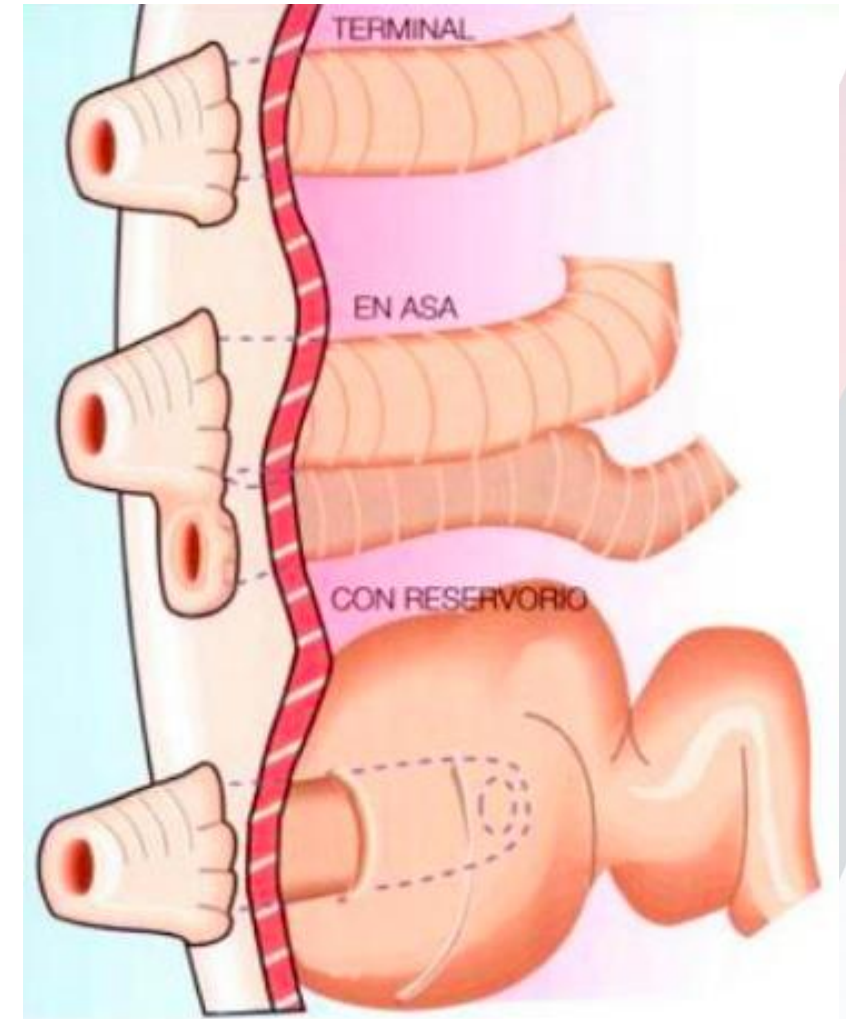
Doble introducción: ano y ostomía

Tipos de colostomía:

- Hartmann
- Paul-Mickulicz
- Asa-espolón
- Devine

Tipos de ileostomía:

- Terminal (Brooke): incontinente
- En asa
- Con reservorio (Kock): continente



Araghizadeh Farshid, Capítulo 117 - Ileostomía, colostomía y reservorios, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición),
edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 2062-2075, ISBN 978-84-9113-211-0



Pregunta 5. Ante un paciente con antecedentes de cáncer de próstata al que se le realiza una colonoscopia por rectorragia, señale la respuesta falsa:

1. Debemos valorar detenidamente el recto para descartar la presencia de proctitis actínica
2. Los hallazgos típicos de la proctitis actínica son telangiectasias múltiples, eritema, y friabilidad en la mucosa del recto
3. El tratamiento endoscópico de elección de la rectorragia por proctitis actínica es la ablación por radiofrecuencia
4. Ante hallazgos endoscópicos típicos de proctitis por radioterapia, no es necesaria la realización de biopsias

Pregunta 5. Ante un paciente con antecedentes de cáncer de próstata al que se le realiza una colonoscopia por rectorragia, señale la respuesta falsa:

1. Debemos valorar detenidamente el recto para descartar la presencia de proctitis actínica
2. Los hallazgos típicos de la proctitis actínica son telangiectasias múltiples, eritema, y friabilidad en la mucosa del recto
3. **El tratamiento endoscópico de elección de la rectorragia por proctitis actínica es la ablación por radiofrecuencia**
4. Ante hallazgos endoscópicos típicos de proctitis por radioterapia, no es necesaria la realización de biopsias

PATOLOGÍA ANORRECTAL

HEMORROIDES

Hemorroides externas: infrapectíneas (cava)

Hemorroides internas: suprapectíneas (porta)

Se clasifican según su grado de prolapso:

- Grado I: plexo prominente sin prolapso
- Grado II: prolapso con Valsalva con reducción espontánea
- Grado III: prolapso con Valsalva con reducción manual
- Grado IV: prolapso crónico irreductible

Grado 4



Wald A et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol. 2014 Aug;109(8):1141-57



PATOLOGÍA ANORRECTAL

FISURA ANAL

Desgarro en la piel del canal anal, distal a la línea pectínea

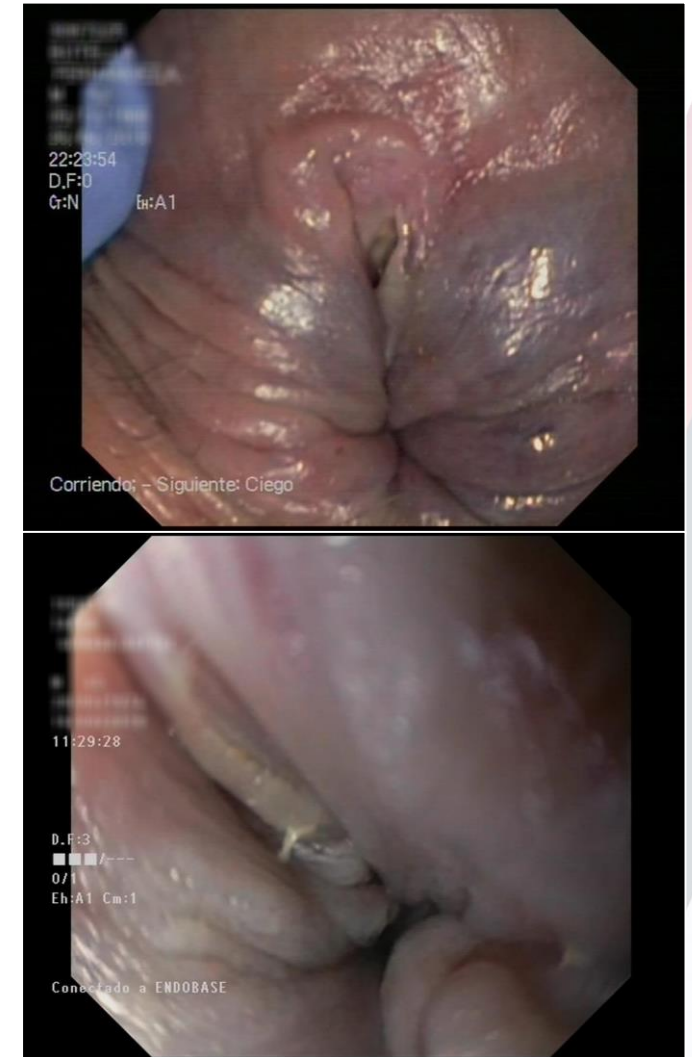
Inspección anal/tacto rectal: DOLOR

Hipertonía del esfínter

Hemorroide centinela/papila hipertrófica

Localización más frecuente: línea media posterior

Si localización atípica (anterior o lateral) descartar enfermedad de Crohn o enfermedades de transmisión sexual



Wald A et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol. 2014 Aug;109(8):1141-57

OTRAS

MELANOSIS COLI

Coloración negra de mucosa del colon pigmento exógeno (lipofucsina)

Aspecto atigrado respeta válvula ileocecal, pólipos y neoplasias

Empleo crónico de laxantes antraquinonas

Reversible

ÚLCERA RECTAL SOLITARIA

Úlcera cara anterior recto rodeada de mucosa eritematosa

Toma de biopsias para confirmar diagnóstico

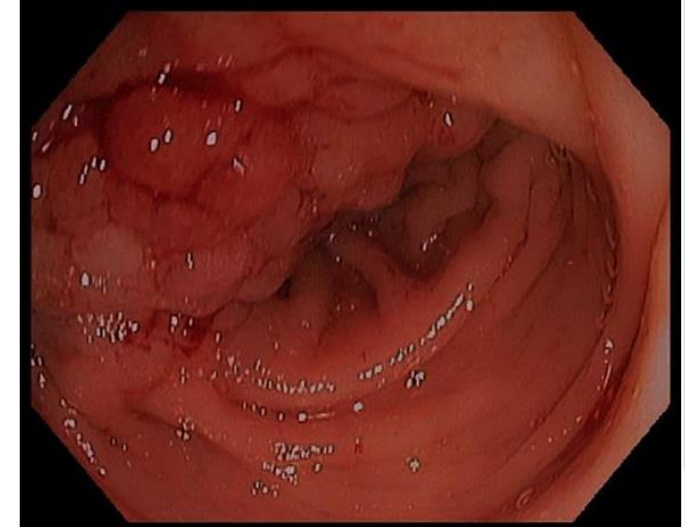
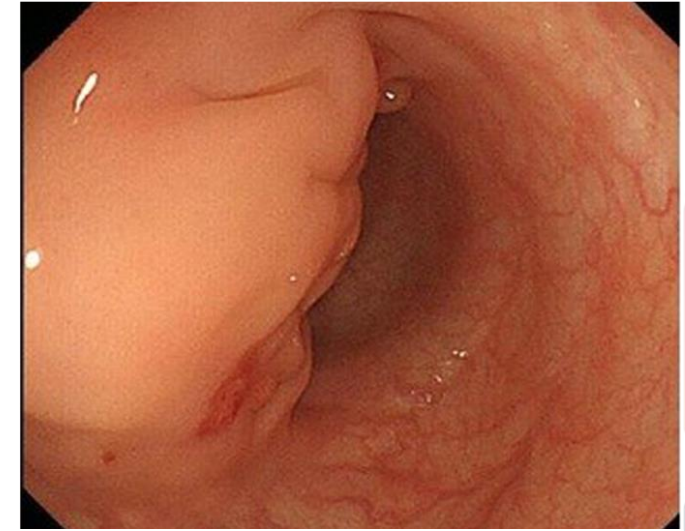
Asociación con prolapso/intususpección rectal y estreñimiento

ENDOMETRIOSIS

Localización más frecuente: rectosigma>apéndice>íleon

Hallazgos endoscópicos:

- Lo más frecuente: masa submucosa extrínseca o estenosis con mucosa sana
- Implante mucoso: nódulos friables en ocasiones ulcerados y con retracción



CONCLUSIONES

- Importancia de realizar una colonoscopia de calidad para el diagnóstico y tratamiento endoscópico de las lesiones colorrectales
- Relevancia de elegir una adecuada técnica endoscópica teniendo en cuenta las dificultades técnicas de cada situación
- Valor de conocer las imágenes más frecuentes de las distintas patologías para poder reconocerlas durante la exploración endoscópica
- La endoscopia no se reduce únicamente a la técnica, ya que es imprescindible conocer las indicaciones, contraindicaciones, reconocer las patologías y su diagnóstico diferencial



Pregunta 6. Señale la respuesta incorrecta:

1. Las hemorroides externas son infrapectíneas y desembocan en la vena porta
2. Las hemorroides internas grado I no tienen prolapso
3. En las hemorroides internas tipo III el prolapso se puede reducir de forma manual
4. En las hemorroides internas tipo IV el prolapso es crónico e irreductible

Pregunta 6. Señale la respuesta incorrecta:

1. Las hemorroides externas son infrapectíneas y desembocan en la vena porta
2. Las hemorroides internas grado I no tienen prolapso
3. En las hemorroides internas tipo III el prolapso se puede reducir de forma manual
4. En las hemorroides internas tipo IV el prolapso es crónico e irreductible

BIBLIOGRAFÍA

- www.endoatlas.net
- <https://www.sages.org/sages-video-atlas-endoscopy/>
- <http://www.endoatlas.org>
- Saavedra-Perez D et al. Management of symptomatic uncomplicated diverticular colon disease: A systematic review of diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol. 2021 Aug-Sep;44(7):497-518
- Grande G et al. The Role of Colonoscopy in the Diverticular Disease. J Clin Gastroenterol. 2016 Oct;50 Suppl 1:S13-5
- Triantafyllou K et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021 Aug;53(8):850-868.
- Brandt LJ et al; American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). Am J Gastroenterol. 2015 Jan;110(1):18-44
- Charles F. Haines, Cynthia L. Sears. Capítulo 110 – Enteritis y proctocolitis infecciosa, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 1896-1929, ISBN 978-84-9113-211-0
- Marlicz W et al. Endoscopic findings and colonic perforation in microscopic colitis: A systematic review. Dig Dis Sci. 2017; 49: 1075-85
- Weiner JP et al. Endoscopic and non-endoscopic approaches for the management of radiation-induced rectal bleeding. World J Gastroenterol. 2016 Aug 21;22(31):6972-86
- Araghizadeh Farshid, Capítulo 117 - Ileostomía, colostomía y reservorios, Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas (10.ª edición), edited by Feldman Mark MD, Friedman Lawrence S. MD, Brandt Lawrence J. MD, 2018, Pages 2062-2075, ISBN 978-84-9113-211-0
- Wald A et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol. 2014 Aug;109(8):1141-57