REVISTA CASTELLANA DE GASTROENTEROLOGÍA

VOLUMEN **34** NÚMERO **1** ABRIL **2018**

Editorial

8 **¿Cuándo decir "basta" en una CPRE para evitar complicaciones?**
J. García-Cano

Originales

16 **CPRE: resultados y complicaciones en una cohorte española en diez años.**
ERCP: outcomes and complications in a 10-years spanish cohort.
M. Pérez-Ferrer, E. Quintanilla-Lázaro, M. Zapatero-Herrera, L.A. Castillo-Herrera, J.L. Castro-Urda, L.R. Rábago-Torre

Gastroenterología en imágenes

22 **Hernia hiatal gigante**
Giant hiatal hernia
J.R. Gómez-López, M. Toledano-Trincado, M.A. Montenegro-Martín, P. Concejo-Cutoli, M.L. Martín-Esteban, I.C. López-Mestanza, J.C. Martín-del Olmo

24 **Linfangiectasia intestinal gigante**
Giant intestinal lymphangiectasia
E. Quintanilla-Lázaro, C. García-Ramos García

Cartas al director

27 **Anemia ferropénica grave como forma de presentación clínica de un GIST yeyunal con metástasis hepáticas**
Severe iron-deficiency anaemia as a clinical presentation of a jejunal GIST with liver metastasis
J.A. Núñez-Otero, J.L. Larrea-Yánez, E. Aguirregoicoa-García

30 **La consulta externa de Aparato Digestivo y la comunicación con Atención Primaria. Amplio margen de mejora.**
Gastroenterologic outpatient clinic and communication with primary care units. Much room for improvement.
B. Jaramillo López-Herce, L. Fernández-Salazar

ASOCIACIÓN CASTELLANA DE APARATO DIGESTIVO

www.acad.es

REVISTA CASTELLANA DE

GASTROENTEROLOGÍA

REVISTA CASTELLANA
DE GASTROENTEROLOGÍA

Junta Directiva de la Asociación Castellana de Aparato Digestivo

Presidente
Concepción Muñoz Rosas

Vicepresidente
Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón

Secretario
Sergio Maestro Antolín

Tesorero
María Montealegre Barrejón

Vocales
María Montealegre Barrejón (Albacete)
José Manuel Blanco Esteban (Ávila)
Beatriz Sicilia Aladrén (Burgos)
Javier Crespo García (Cantabria)
Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón (Ciudad Real)
José Ignacio Pérez García (Cuenca)
Pedro Linares Torres (León)
Cecilio Santander Vaquero (Madrid)
María Teresa Pérez Fernández (Madrid)
Sergio Maestro Antolín (Palencia)

Vocales
Jesús Legido Gil (Segovia)
Elena Sánchez Miguel (Soria)
Concepción Muñoz Rosas (Toledo)
José Luis Cervantes González (La Rioja)
Alberto Álvarez Delgado (Salamanca)
Vicente Hernández González (Soria)
Rafael Ángel Gómez Rodríguez (Toledo)
Sara Lorenzo Pelayo (Valladolid)
Carmen López Ramos (Zamora)
Olga Neva López García (Residentes)

Presidente Comité Científico
Luis Ignacio Fernández Salazar

Responsable Página Web
Sara Lorenzo Pelayo

Director de la Revista ACAD
Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón

Miembros de Honor de la ACAD
J. M. Pajares García (Presidente de Honor)

E. Alonso del Campo
J. Hebrero San Martín
J. R. Armengol Miró
P. Malfertheiner
F. Carballo Álvarez
E. Castillo Begines
M. Díaz Rubio
J. M. de Diego Gómez
J. de Castro Lorenzo
F. Fernández Marqués
J. García Cabezas
Mª. J. García Molinero
S. Grisolía
P. Menchén Fernández-Pacheco
J. M. Montero Vázquez
V. Moreno de Vega
S. Peña Ramírez
J. Pérez de la Serna Bueno
J. L. Olcoz Goñi
E. Rodríguez Sánchez
A. Ruiz de León San Juan
J. L. Santamaría García
F. Vilardell Viñas
J. Yangüela Terroba

Secretaría de la ACAD
C/ Sancho Dávila, 6
28028 Madrid
Tel. 914 021 353
Email. secretario@acad.es
Web. www.acad.es

REVISTA CASTELLANA
DE **GASTROENTEROLOGÍA**

Coordinación Editorial

Edita:
Sulime Diseño de Soluciones, S.L.U.
Glta. Fernando Quiñones s/n
Edif. Centris. Pl. BSS. Mod. 7A
41940 Tomares, Sevilla
Tel. 954 15 75 56
www.sulime.net
web@sulime.net

sulime
DISEÑO DE SOLUCIONES
www.sulime.net

Datos de la publicación:
La **Revista Castellana de Gastroenterología** publica 3-4 nºs al año. Se distribuye entre los socios de la **ACAD**, Servicios de Digestivo y Bibliotecas de Hospitales a nivel nacional.

Cambio de domicilio:
Debe comunicar los cambios a la Secretaría de la **ACAD**
C/ Sancho Dávila, 6 • 28028 MADRID
Tel. 91 402 13 53
e-mail: secretario@acad.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo
S.V.R. 421
Depósito legal: M-13818-1985
ISSN: 0213-1463
REV. ACAD © 2018

ÓRGANO DE GOBIERNO DE LA REVISTA

Editor Adjunto
Dr. Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón

Editor Honorífico
Dr. José Miguel Diego Gómez

COMITÉ EDITORIAL

CONSEJO DE REDACCIÓN

Área de Endoscopia Digestiva / Páncreas / Vía biliar
Dr. Bartolomé López Viedma

Área de Enfermedad Inflamatoria Intestinal / ID / Colon
Dr. Jesús Legido

Área de Tracto Digestivo Superior / Motilidad
Dr. Joaquín Rodríguez Sánchez-Migallón

Área de Hepatología / Ecografía abdominal
Dr. Javier Crespo

EDITORES ASOCIADOS

Área de Endoscopia Digestiva / Páncreas / Vía biliar
Dr. Bartolomé López Viedma · Dr. Pedro González Carro
Dr. Benito Velayos · Dr. Jesús García Cano · Dr. Carlos de la Serna
Dr. Alberto Álvarez Delgado · Dr. Antonio José Velasco Guardado

Área de Enfermedad Inflamatoria Intestinal / ID / Colon
Dra. Concepción Muñoz · Dr. Luis Menchén · Dr. Luis Fernández
Dr. Fernando Muñoz · Dr. Antonio Rodríguez Pérez

Área de Hepatología
Dr. José Luis Olcoz Goñi · Dr. Rafael Gómez
Dr. Federico Sáez-Royuela · Dr. Fernando Gil Ares

Área de Tracto Digestivo Superior / Motilidad
Dr. Julio Pérez de la Serna · Dr. Cecilio Santander · Dr. Álvaro Terán · Dr. Fernando Geijo Martínez · Dr. Antonio Ruiz de León

REVISTA CASTELLANA
DE **GASTROENTEROLOGÍA**

SUMARIO Vol. 34 - nº 1

Editorial

8 **¿Cuándo decir "basta" en una CPRE para evitar complicaciones?**
J. García-Cano

Originales

16 **CPRE: resultados y complicaciones en una cohorte española en diez años.**
ERCP: outcomes and complications in a 10-years spanish cohort.
M. Pérez-Ferrer, E. Quintanilla-Lázaro, M. Zapatero-Herrera, L.A. Castillo-Herrera, J.L. Castro-Urda, L.R. Rábago-Torre

Gastroenterología en imágenes

22 **Hernia hiatal gigante**
Giant hiatal hernia
J.R. Gómez-López, M. Toledano-Trincado, M.A. Montenegro-Martín, P. Concejo-Cutoli, M.L. Martín-Esteban, I.C. López-Mestanza, J.C. Martín-del Olmo

24 **Linfangiectasia intestinal gigante**
Giant intestinal lymphangiectasia
E. Quintanilla-Lázaro, C. García-Ramos García

Cartas al director

27 **Anemia ferropénica grave como forma de presentación clínica de un GIST yeyunal con metástasis hepáticas**
Severe iron-deficiency anaemia as a clinical presentation of a jejunal GIST with liver metastasis
J.A. Núñez-Otero, J.L. Larrea-Yánez, E. Aguirregoicoa-García

30 **La consulta externa de Aparato Digestivo y la comunicación con Atención Primaria. Amplio margen de mejora.**
Gastroenterologic outpatient clinic and communication with primary care units. Much room for improvement.
B. Jaramillo López-Herce, L. Fernández-Salazar

REVISTA CASTELLANA
DE **GASTROENTEROLOGÍA**

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NORMAS PARA EL ENVÍO DE MANUSCRITOS A LA REVISTA DE LA ACAD

Se tendrán en cuenta para su publicación trabajos relacionados con cualquier aspecto del Aparato Digestivo.

Los originales no publicados anteriormente ni enviados simultáneamente a otra revista, deberán enviarse únicamente a través del **centro de manuscritos de ACAD**. El registro y acceso al centro de manuscritos se puede realizar a través de este portal. En la primera parte del formulario de envío de manuscritos se incluirán los datos relativos al título del trabajo, autores y filiación completa de los mismos, y dirección de contacto (incluyendo correo electrónico). Se solicitará también una dirección de correspondencia, que será pública. La revista está habitualmente dividida en varias secciones, y las normas para publicar en cada una de ellas presentan variaciones, especialmente en cuanto a la estructura o requisitos de cada sección. En la primera parte del formulario de envío se solicitará que se indique el tipo de manuscrito a remitir. A partir de esa selección, el centro de manuscritos ofrecerá formularios e información adaptada a cada tipo de manuscrito.

Las normas específicas para cada tipo de manuscrito son las siguientes:

Trabajos Originales y Revisión y Puesta al Día. Tendrán calidad de originales los artículos basados en trabajos, preferentemente prospectivos, que aporten o apoyen contribuciones en cualquier materia relacionada con el Aparato Digestivo. Así como revisiones de temas relevantes en la práctica clínica diaria. El trabajo original constará de las partes habituales: Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía. Todos los trabajos deberán incluir: resumen y bibliografía, además de las gráficas, figuras y tablas, que serán cuidadosamente seleccionadas, reservándose la redacción de la revista previa consulta al autor, la posible limitación de aquellas que no aporten comprensión o apoyo al texto. Deberán incluirse de 3 a 6 palabras clave.

El **resumen** no superará las 250 palabras, con una estructura similar a la del trabajo completo, y deberá dar una idea exacta del mismo sin necesidad de su lectura. El cuerpo del manuscrito para trabajos originales deberá tener un máximo de 5.400 palabras. El cuerpo del manuscrito para Revisión y Puesta al día deberá tener un máximo de 6.750 palabras. Será obligatorio remitir el título, resumen y palabras clave traducidos al inglés.

Casos Clínicos. Trabajos con la descripción de uno o más casos clínicos que por su originalidad en cualquier sentido supongan una aportación al conocimiento del proceso correspondiente. Constarán de los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Caso Clínico, Discusión y Bibliografía. Deberán incluirse de 3 a 6 palabras clave. El resumen no superará las 250 palabras. El cuerpo del manuscrito para casos clínicos deberá tener un máximo de 2.200 palabras. Será obligatorio remitir el título, resumen y palabras clave traducidos al inglés.

Gastroenterología en Imágenes. La publicación de las imágenes en esta sección requiere que la foto o imagen, ya sea en color o en blanco y negro, sea muy nítida y clara, preferentemente en formato jpg, tif o eps (en alta resolución, mínimo 300 pixel/pulgada, caso de ser tif o eps). El cuerpo del manuscrito para Gastroenterología en Imágenes deberá tener un máximo de 450 palabras.

Cartas al Director. En las que se publicarán comentarios a artículos aparecidos en la revista y casos clínicos o experiencias que por su brevedad puedan incluirse en dicha sección. A ser posible no se incluirán más de dos figuras y un máximo de seis citas bibliográficas. El cuerpo del manuscrito para Cartas al Director deberá tener un máximo de 900 palabras.

Otras secciones. La revista contará también con secciones como terapéutica, puestas al día, editoriales, comentario de revistas y noticias (actividades de la ACAD, congresos, cursos, etc.), cuya elaboración se realizará a petición de la redacción.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Las normas comunes para todos los tipos de manuscritos son las siguientes:

Los gráficos, figuras y tablas se remitirán como ficheros adjuntos a través del centro de manuscritos. Los gráficos y/o figuras deberán enviarse preferentemente en formato jpg, tif o eps (en alta resolución, mínimo 300 pixel/pulgada, caso de ser tif o eps). En el formulario de envío deberán identificarse con números árabes correlativos, tal y como aparecen referenciadas en el cuerpo del manuscrito; Las tablas deberán remitirse en formato editable, preferentemente en formato Word, y se enumerarán de igual forma que las figuras. En el formulario de envío de figuras o tablas deberá incluirse el nombre y pie.

Conflicto de intereses. Los autores deben describir cualquier relación financiera o personal que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado. Al margen de la conveniencia de la inclusión de esta información en el cuerpo del manuscrito, en el formulario de envío existe un apartado específico para destacar cualquier posible conflicto de intereses que el autor deberá cumplimentar.

Derechos de autor. Los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la ACAD y su reproducción total o parcial será convenientemente autorizada. Todos los autores deberán autorizar a través del Centro de Manuscritos la cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado para la publicación en la Revista de la ACAD.

Responsabilidades éticas. Cuando se describen experimentos que se han realizado en seres humanos se debe indicar si los procedimientos seguidos se conformaron con las normas éticas del comité de ética responsable (institucional o regional) y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. No se deben utilizar nombres, iniciales o números de hospital, sobre todo en las figuras.

Consentimiento informado. Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras la obtención del consentimiento informado.

Bibliografía. La bibliografía, será referida según el orden de aparición en el texto, entre paréntesis, en números árabes correlativos. El orden de cada cita bibliográfica será el siguiente. Apellido (o apellidos) e iniciales del nombre (o nombres) de cada uno de los autores según las normas de Vancouver (para citas con más de 6 autores, se citarán sólo los 6 primeros, seguidos de et al. Para citas con 6 ó menos se citarán todos los autores), título del trabajo, revista en que fue publicado (utilizando las abreviaturas de Index Medicus), año, volumen, número, primera y última página (ejemplo: Esmatjes E, Bruguera M, y Rodés J. La Cirrosis hepática en el anciano. Gastroenterología y Hepatología, 1981; 4: 291-5). En el caso de libros o monografías se citará, tras el autor y el título, las páginas, número de edición, nombre de la editorial, ciudad de la misma y año de la publicación (ejemplo: Bockus HL. Gastroenterología. 451-63, II, 3ªEd, Salvat Edit, Barcelona, 1980). En el caso de un capítulo de un libro, se citará igualmente al autor o autores, título del capítulo, páginas y volumen, nombre del autor, editor o director del libro, título del libro, número de la edición, editorial, ciudad y año (ejemplo: Vilardell F: “Citología exfoliativa en las enfermedades gástricas”. 499-506, I, en Bockus HL, Gastroenterología, 3ªed, Salvat Edit, Barcelona, 1980).

Revisión de manuscritos

Los procesos de revisión de manuscritos se gestionarán a través del centro de manuscritos. Cuando, a criterio de los revisores, un manuscrito requiera de correcciones, el remitente recibirá una notificación por correo electrónico y deberá acceder de nuevo al centro de manuscritos para realizar las correcciones oportunas. La Redacción acusará recibo de los trabajos recibidos, juzgará anónimamente la aceptación, corrección o rechazo de los trabajos, y comunicará las decisiones del Consejo Editorial a través del centro de manuscritos.

¿CUÁNDO DECIR "BASTA" EN UNA CPRE PARA EVITAR COMPLICACIONES?

J. García-Cano

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz.
Cuenca.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el método de elección para drenar la vía biliar en la mayoría de los pacientes con anatomía normal. La manipulación de la papila de Vater para canular y desobstruir el colédoco conlleva la posibilidad de que aparezcan complicaciones como pancreatitis aguda, sangrado o perforación del área papilar. Desde las primeras CPRE terapéuticas en el año 1973 los dos aspectos básicos analizados en la técnica son la tasa de éxito en drenar la vía biliar (con obstrucción o fístulas) y el porcentaje de complicaciones.

Hay numerosos estudios publicados que analizan si el éxito en el drenaje y los acontecimientos adversos dependen del número de CPRE que se realizan en un determinado centro[1].

Para valorar estos trabajos hay que tener en cuenta el ámbito socio sanitario en el que se realizan. En muchos países el ejercicio de la Medicina y la gestión de los hospitales se basan en el principio de *"oferta-demanda"*. Los pacientes pueden acceder al Hospital que les ofrezca mayor confianza. En la información en Internet de estos centros se subrayan el éxito en las diversas técnicas, muchas veces refrendados por estudios publicados en revistas científicas o trabajos presentados en congresos. Un centro con gran cantidad de CPRE puede atraer más clientes lo que supone un beneficio para todos.

En los sistemas de salud públicos el presupuesto de un hospital está en gran parte cerrado por unas asignaciones fijadas de antemano, de tal forma que el *"atraer"* pacientes de fuera del área sanitaria determinada no es una opción válida. En una hipótesis extrema si un gran número de pacientes quisieran ser atendidos en un centro por la relevancia de una técnica y se les permitiera, el hospital tendría unos resultados económicos negativos.

También es cierto que en los sistemas de salud públicos están previstas las derivaciones a centros con disponibilidad en ciertas técnicas. Este aspecto conlleva frecuentemente molestias a pacientes y familiares por el traslado y, habitualmente, listas de espera.

En España, el sistema de formación en especialidades médicas denominado MIR ha supuesto la distribución por toda la geografía nacional de gastroenterólogos muy bien formados que han intentado ser autosuficiente en todos los ámbitos de la especialidad de Aparato Digestivo y en concreto en la terapéutica endoscópica.

Evitar molestias de traslados a pacientes y familiares y disminuir tiempos de espera nos llevó hace años a realizar CPRE en nuestro Hospital. Analizamos luego los resultados de esta técnica de endoscopia terapéutica avanzada en un centro pequeño[2,3]. Este objetivo ha continuado después en otros estudios posteriores como el trabajo que aparece en este número de la **Revista Castellana de Gastroenterología**[4].

Se analizan en este estudio 1.276 CPRE realizadas en diez años. Por lo tanto, unas 130 intervenciones anuales, unas diez mensuales y algo más de dos por semana. Observando las cifras de éxito (78,3%) y complicaciones (8,4%), se deduce que cada mes se drenó la vía biliar en ocho de diez pacientes y que hubo algo menos de una complicación mensual. Si se consideran como aceptables unas tasas de éxito estándar superiores al 90% y unas complicaciones alrededor del 10%, el primer análisis de estos datos es que tanto el éxito como las complicaciones son ligeramente inferiores a lo considerado como habitual en una práctica adecuada de la CPRE.

Otra lectura es que se ha evitado derivar a otros centros a ocho de cada diez pacientes a los que se ha drenado la vía biliar con menos complicaciones de lo esperado. Además, la tasa genérica de mortalidad en la CPRE, alrededor del 1%[5], ha quedado reducida en este centro al 0,2%.

La mayoría de las complicaciones en la CPRE provienen de lo que se denomina *"canulación profunda difícil"* del colédoco. Cada vez que se toca con un catéter o esfinterotomo la papila de Vater el riesgo de pancreatitis aumenta. Saber cuántos intentos hay que efectuar y durante cuánto tiempo, más que ciencia es un arte[6]. Cada endoscopista tiene una sensación distinta de que una papila podrá o no canularse tras intentos repetidos.

Por ejemplo, una CPRE fallida en un paciente con coledocolitiasis sin colangitis es un fracaso que puede solucionarse reintentando la intervención una semana más tarde o remitiendo al paciente a otro centro. Pero una CPRE fallida con una pancreatitis grave como consecuencia de los intentos repetidos de canulación es un desastre.

Algo similar puede decirse de los intentos de sección externa de la papila **(Figura 1)** con esfinterotomo de aguja (Needle-Knife) ya sea en su variedad clásica de comenzar a cortar desde el orificio papilar o por encima de él (infundibulotomía). Además de pancreatitis, esta técnica puede ocasionar perforación del área papilar. Un paciente perforado por un precorte de aguja sin la vía biliar drenada es una situación bastante angustiosa, aunque en la literatura se comente que las perforaciones de esta zona por intentos de canulación biliar pueden curar con tratamiento conservador sin necesidad de intervención quirúrgica.

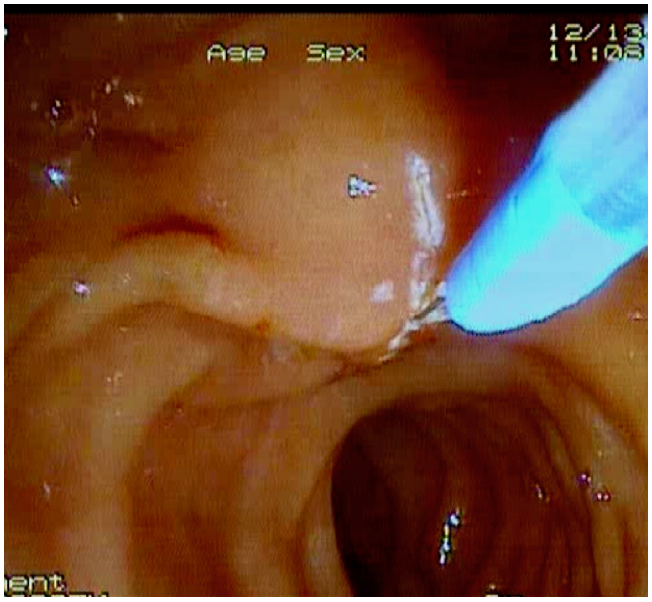


Figura 1. Sección externa (precorte) de la papila de Vater con esfinterotomo de aguja.

Es cierto que en un hospital pequeño en el que puede no existir radiología intervencionista toda la carga del drenaje biliar puede recaer sobre el endoscopista que realiza CPRE. En un estudio realizado en nuestro hospital[7] se analizaron las CPRE con un tiempo de canulación prolongado de más de sesenta minutos. Las conclusiones fueron que aunque se logró resolver la obstrucción biliar hasta en un 75% de los pacientes, hubo complicaciones graves (perforaciones del área papilar) que llevaron al fallecimiento a cinco enfermos (mortalidad del 2%). Por lo tanto, no parece adecuada la práctica de prolongar en exceso el tiempo de canulación.

Un campo que debe desarrollarse en los centros pequeños de CPRE es el drenaje biliar por ecoendoscopia. El endoscopista biliopancreático está muy acostumbrado al manejo de distintos tipos de guías, utensilios de diatermia, dilatación, etc. Por ejemplo, la coledocoduodenostomía por ecoendoscopia puede ser una alternativa para el drenaje de la ictericia obstructiva tumoral, en donde la CPRE es mucho más compleja cuando el área papilar está infiltrada.

Parece por lo tanto que en un centro pequeño (menos de 200 CPRE anuales) y tal como muestra el artículo que comentamos[4], es más adecuado reducir ligeramente la tasa de éxito, acompañada también de una disminución en las complicaciones, proporcionando una CPRE segura al 80% de los pacientes. Muy probablemente estos resultados provienen de saber hasta cuándo hay que insistir en la canulación del colédoco.

Hay que estar también preparados para realizar CPRE urgentes con el objeto de tratar complicaciones de CPRE previas. Por ejemplo, en ocasiones el tratamiento de la hemorragia post esfinterotomía biliar se realiza mejor con el duodenoscopio que con el gastroscopio. A veces hay que insertar una prótesis biliar metálica recubierta para detener una hemorragia papilar o una perforación del colédoco **(Figura 2)**.

Para 1.276 CPRE parecen haber intervenido muchos endoscopistas en fases de formación distintas que reflejan el recambio frecuente de profesionales en ciertos centros y falta de continuidad en el mismo hospital. Para asegurar una CPRE eficaz y sin complicaciones es necesario la dedicación contínua de pocos endoscopistas.

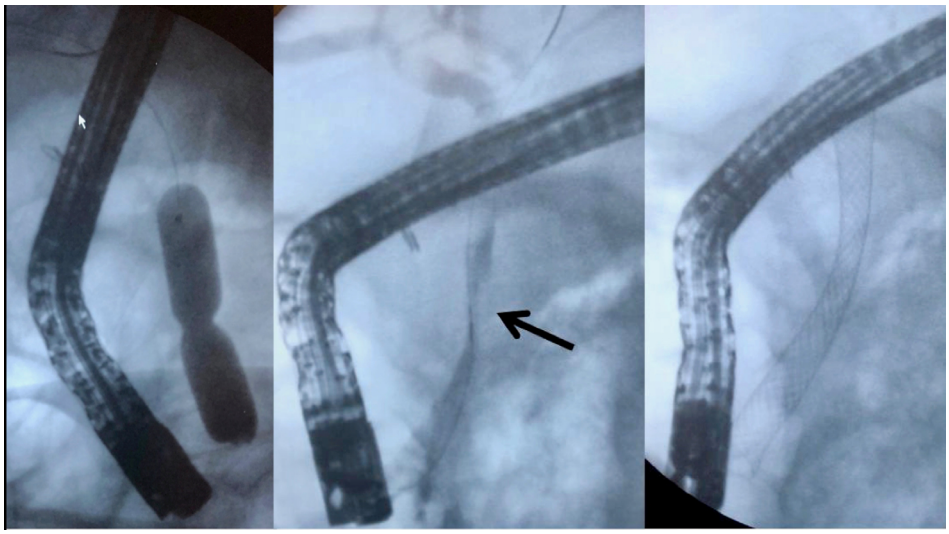


Figura 2. Perforación del colédoco tras una esfinteroplastia tratada mediante la inserción de una prótesis metálica recubierta.

Este estudio apoya, una vez más, que puede realizarse CPRE, especialmente biliar, en centros pequeños si se tienen en cuenta algunos aspectos básicos.

Debe explicarse en el consentimiento informado que no es una endoscopia convencional y que el procedimiento se parece más a una intervención quirúrgica. Que la CPRE no está exenta de posibles complicaciones graves pero, en todo caso, es menos invasiva que la cirugía.

El endoscopista debe tener claro y explicar al paciente y a sus familiares qué opciones tomar en caso de no poder canular el colédoco o de no conseguir un drenaje biliar satisfactorio. Haber definido antes de la CPRE unas alternativas en el caso de no poder acceder a la vía biliar en un tiempo razonable es uno de los factores más importantes para evitar complicaciones.

En un centro en el que se realizan unas 130 CPRE anuales, como en el trabajo que comentamos, no parece conveniente que haya más de dos endoscopistas que realicen las algo más de dos CPRE semanales. Durante la intervención endoscópica hay que tomar decisiones rápidas que solo pueden ser correctas si al menos cada siete días hay que resolverlas. Incluso tras muchos años y miles de CPRE, cada papila es distinta. Si es posible, debería asistir también la misma enfermería. La CPRE es una labor de equipo en que si un eslabón falla el procedimiento puede ir del éxito al fracaso más estrepitoso en pocos instantes.

Un centro con unas 130 CPRE anuales no parece un lugar indicado para la enseñanza de la técnica sino más bien para perfeccionar la destreza de las personas que habitualmente llevan a cabo el procedimiento.

Es preciso llevar un registro continuo de las tasas de éxito y complicaciones. La autocrítica es un buen método para perfeccionar la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keswani RN, Qumseya BJ, O'Dwyer LC, Wani S. Association between endoscopist and center Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography volume with procedure success and adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017;15:1866-1875.

2. García Cano J, González Martín JA, Pérez Sola A, Morillas Ariño J. Endoscopic treatment of obstructive jaundice at a second level national health system hospital. Gastroenterol Hepatol. 2001;24:287-291.

3. García-Cano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, Pérez Sola A. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography, a study in a small ERCP unit. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96:163-173.

4. Pérez-Ferrer, M. CPRE: resultados y complicaciones en una cohorte española en diez años. Rev ACAD 2018; 34(1): 16-21.

5. Huibregtse K. Complications of endoscopic sphincterotomy and their prevention (editorial). N Engl J Med. 1996;335:961-963.

6. Hawes RH, Devière J. How I cannulate the bile duct. Endoscopy. 2018;50:75-77.

7. García-Cano J, Viñuelas Chicano M, Muñiz Muñoz M, et al. Análisis de las CPRE con tiempo de canulación biliar mayor de 60 minutos en un hospital pequeño. Rev Esp Enferm Dig. 2017;109(Supl I):100-101.

Web ACAD

Visite la web de la **Asociación Castellana de Aparato Digestivo**

www.acad.es

REVISTA CASTELLANA
DE **GASTROENTEROLOGÍA**

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre y apellidos .....

Dirección ..... n.º ..... piso .....

Teléf. ..... E-mail .....

Población ..... C.P. ..... Provincia .....

Centro de trabajo .....

Dirección ..... n.º ..... piso .....

Teléf. ..... E-mail .....

Población ..... C.P. ..... Provincia .....

DATOS BANCARIOS

BANCO CAJA DE AHORROS .....

DOMICILIO (de la Sucursal)

Calle ..... n.º .....

Población .....

C.P. ..... Provincia .....

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA .....

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

CUOTA ANUAL: 30,00 euros

BANCO CAJA DE AHORROS .....

DOMICILIO (de la Sucursal)

Calle ..... n.º .....

Población .....

C.P. ..... Provincia .....

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA .....

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberá adeudar en mi cuenta con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre curse la **ASOCIACIÓN CASTELLANA DE APARATO DIGESTIVO**:

Apellidos y Nombre .....

Atentamente

(firma del titular)

..... de ..... de 2017.

*Remitir este impreso debidamente cumplimentado a la **Secretaría de la ACAD**: C/ Sancho Dávila, 6 • 28028 MADRID • Tel. 91 402 13 53 • Fax 91 402 76 9. e-mail: secretario@acad.es*

Atlas ACAD

www.acad.es/atlas

REVISTA CASTELLANA DE

GASTROENTEROLOGÍA

TRABAJOS
ORIGINALES

Rev ACAD 2018; 34(1): 16-21

CPRE: RESULTADOS Y COMPLICACIONES EN UNA COHORTE ESPAÑOLA EN DIEZ AÑOS.

ERCP: OUTCOMES AND COMPLICATIONS IN A 10-YEARS SPANISH COHORT.

M. Pérez-Ferrer, E. Quintanilla-Lázaro, M. Zapatero-Herrera,
L.A. Castillo-Herrera, J.L. Castro-Urda, L.R. Rábago-Torre

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

RESUMEN

Introducción: la CPRE es una técnica en continua evolución, con una larga curva de aprendizaje y no exenta de complicaciones.

Objetivo: evaluar los resultados de la CPRE y su evolución en los últimos diez años en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes sometidos a CPRE entre 2005 y 2014.

Resultados: se incluyeron 1.276 CPRE (excluyendo CPRE intraoperatoria). Los pacientes presentaban una edad media de 68,1±14,8 años. Las indicaciones más frecuentes fueron coledocolitiasis (38%), colangitis (13%), ictericia obstructiva (12%) y pancreatitis aguda (14%). El 33,3% de las exploraciones fueron realizadas en régimen ambulante y el 66,7% en pacientes ingresados. La mayor parte de CPRE (78,3%) fueron realizadas por endoscopistas *"Senior"* (>200 CPRE). Se logró el éxito técnico en 78,3% de los casos.

En cuanto a complicaciones, la tasa global fue de 8,4% (106 pacientes) desglosadas en 2,8% de pancreatitis postCPRE, 2,3% de complicaciones cardiopulmonares en relación con la anestesia, 1,2% de colangitis postCPRE, 1% de hemorragia postpapilotomía y 0,9% perforaciones. La tasa de hemorragia intraprocedimiento fue del 6%. La mortalidad fue del 0,2% en relación con una parada cardio-respiratoria durante la exploración, y dos pacientes con pancreatitis aguda grave.

Conclusiones: la CPRE en nuestro centro es una técnica segura y eficaz, cuyo porcentaje de complicaciones y tasa de éxito se ajusta al publicado en la literatura.

Palabras clave: CPRE, complicaciones, papilotomía, pancreatitis.

ABSTRACT

Introduction: ERCP is an invasive technique in continuous evolution, with a long learning curve and even if performed by experts there could be some complications.

Aims: to evaluate the results of ERCP and its evolution over the past ten years in a 2nd level hospital.

Methods: a retrospective study in which patients undergoing ERCP between 2005 and 2014 were included.

Results: 1,276 ERCPs were included (excluding intraoperative ERCP). Patients had a medium age of 68.1±14.8 years. The most frequent indications were choledocholithiasis (38%), cholangitis (13%), obstructive jaundice (12%), and acute pancreatitis (14%). One-third (33.3%) of examinations were performed in outpatients and 66.7% of inpatients. Most of ERCP (78.3%) were

TRABAJO ENVIADO: 24/01/2017
ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 19/07/2017
CORRESPONDENCIA:
Miguel Perez Ferrer
Dirección Responsable de la correspondencia:
Paseo de los Olmos 3, 2º Puerta 5
28005 Madrid
miguelpferrer@gmail.com

made by “Senior” endoscopists (that means more than 200 ERCP performed). Success was achieved in 78.3% of cases.

The overall complication rate was 8.4% (106 patients). We had 2.8% of pancreatitis postERCP, 2.3% anesthetic related complications (cardiopulmonary), 1.2% postERCP cholangitis, 1% of bleeding post-papillotomy, and perforation rate was 0.9% of our cases. The intraprocedural bleeding rate was 6%. Mortality was 0.2% due to one cardiac arrest during the test, and two patients died because of severe acute pancreatitis.

Conclusions: ERCP in our center is a safe and effective technique, the percentage of complications and the success rates are adjusted to the published literature.

Keywords: ERCP, complications, papilotomy, pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica empleada en la práctica clínica habitual, en continua evolución. Se ha convertido en un procedimiento casi exclusivamente terapéutico, abandonando los fines diagnósticos en sus principales indicaciones.

Además, la mayor accesibilidad de la técnica, hoy en día disponible en gran cantidad de centros secundarios, ha requerido un mayor número de endoscopistas formados en CPRE, lo que conlleva una gran dedicación por su larga curva de aprendizaje y su dificultad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio, nos planteamos analizar la experiencia en nuestro centro, tras quince años de implantación de la técnica, para valorar la eficacia, seguridad y evolución.

Se diseña un estudio descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a CPRE en nuestro hospital, que cuenta con una capacidad de 420 camas y presta servicio a un área de 250.000 habitantes.

Se incluyen todos los pacientes a los que se realiza CPRE entre los años 2005 y 2014. Quedan excluidos los pacientes sometidos a CPRE intraoperatoria, por las diferencias técnicas con la CPRE convencional.

Durante la revisión, se verifica y codifican los datos procedentes del informe de la unidad de endoscopias así como la evolución clínica del paciente para analizar las complicaciones.

Definición de variables y criterios diagnósticos

Se define como éxito la resolución de la indicación principal de la técnica o la patología que ha originado esta indicación. Consideramos endoscopista *“Junior”* a aquel que ha realizado menos de 200 CPRE y como *“Senior”* aquel que sobrepasa esta cifra. Diferenciamos entre CPRE ambulante e ingresada, siendo la primera aquella que se realiza sin implicar una estancia hospitalaria mayor a 8 horas.

Consideraciones estadísticas

La estadística descriptiva ha sido expuesta mediante frecuencias absolutas y relativas, y las variables cuantitativas como su media con su desviación estándar (DE) si seguían una distribución normal o en su defecto, la mediana con su rango intercuartílico si no lo hacían. Se utilizó Access XP® como base de datos y el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 20.0 en castellano para los análisis estadísticos.

RESULTADOS

En total se han codificado 1.276 informes de CPRE entre los años 2005 y 2014.

La edad media se sitúa en los 68,1±14,8 años, realizándose en 625 varones (49%) con una media de 67,9±12,9 años y en 651 mujeres (51%) con una media de 68,3±16,4 años. Se trata de una población con una distribución homogénea en la que destaca el aumento de la edad media en los últimos años.

Indicaciones y técnica

Las indicaciones más solicitadas han sido la presencia de coledocolitiasis, en un 38% de los casos, seguida de colangitis (13%), e ictericia obstructiva (12%), tal como se recoge en la **Figura 1**. Otras indicaciones menos frecuentes han sido la pancreatitis aguda (9%), la dilatación de vía biliar sin coledocolitiasis confirmada (5%), la fístula biliar (3%), la retirada de prótesis y el ampuloma con un 2% cada una de ellas y un grupo heterogéneo de indicaciones diagnósticas y terapéuticas que en total representan el 14% de las pruebas solicitadas.

Rev ACAD 2018; 34(1): 16-21

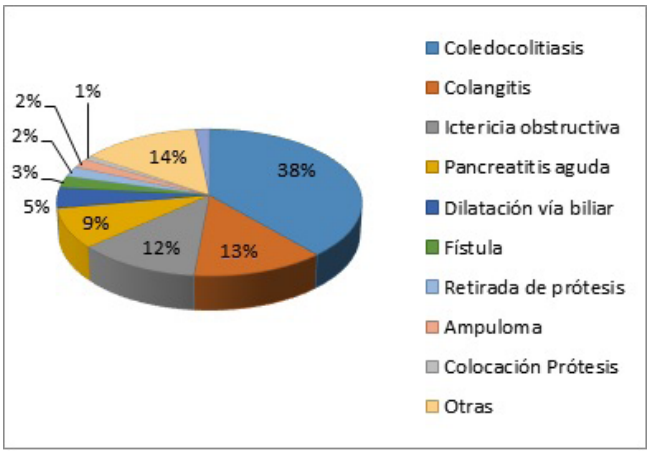


Figura 1. Indicaciones CPRE.

Respecto a la procedencia, 425 CPRE (33,3%) fueron realizadas en régimen ambulante (sin ingreso posterior, salvo en caso de complicación) y 851 CPRE (66,7%) en pacientes ingresados.

De las 1.276 CPRE, 999 (78,3%) han sido realizados por un endoscopista *"Senior"*, mientras que 275 (21,6%) han sido realizadas por endoscopistas *"Junior"*, hecho más frecuente en los últimos años de estudio. Según la prioridad: 302 (23,7%) se realizaron de forma urgente, 968 (75,9%) programadas y 6 (0,5%) no fueron codificados **(Figura 2)**. Observándose con los años una mayor tendencia a realizar la técnica de forma urgente, posiblemente por una mayor disponibilidad y por la ampliación de las indicaciones.

La CPRE se considera efectiva (éxito técnico que implica la resolución de la indicación por la que se solicitó) en un 78,3% de los casos. El éxito técnico mejora paulatinamente en el periodo estudiado desde un 76,8% en el periodo 2005-2007 hasta un 78,3% en el 2011-2014.

Respecto a la realización de papilotomías, se han efectuado en 755 de los casos estudiados (59,2%)

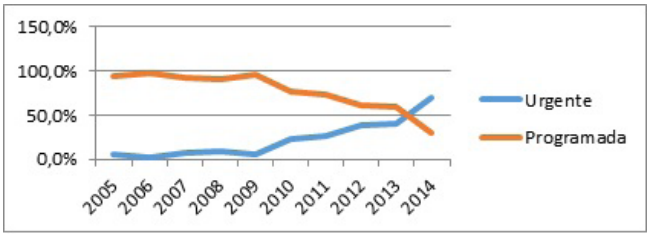


Figura 2. Urgencia. Figura que representa dicotomía entre CPRE programadas vs urgentes.

empleando las siguientes técnicas: papilotomía convencional en 591 (78,3%); precorte en 71 (9,4%); Needle-Knife en 37 (4,9%); infundibulotomía en 30 (4%) y por último se realizó esfinteroplastia a 26 pacientes (3,4%). La evolución temporal en cuanto a las técnicas de abordaje complejas ha ido a favor de la infundibultomía, perdiendo peso el precorte y el uso de Needle-Knife en los últimos años.

Se realizó limpieza coledocal en 550 pacientes (43,1%). Se han colocado un total de 291 prótesis (22,8%), siendo 250 biliares (85,9%) y 41 pancreáticas (14,1%).

Complicaciones

Tras la realización de la CPRE, 106 pacientes (8,4%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la pancreatitis postCPRE en 36 casos (2,8%), aún a pesar de la colocación sistemática de prótesis pancreáticas plásticas cuando hay canalización del conducto pancreático. En los últimos años y tras revisar los datos aquí reflejados, se está protocolizando en nuestro centro la profilaxis sistemática con supositorios de Indometacina previo al procedimiento. Además, 29 pacientes (2,3%) tuvieron alguna complicación cardiopulmonar que obligó a suspender la intervención, 11 (0,9%) presentaron perforación asociada a la técnica, 13 (1%) presentaron hemorragia postCPRE, 15 (1,2%) fueron diagnosticados de colangitis postCPRE y 2 (0,2%) tuvieron otras complicaciones. Además 3 casos de colangitis postCPRE (0,2%) también asociaron pancreatitis. Se registraron dos paradas cardiorespiratorias (0,2%) recuperándose una de ellas.

Durante el procedimiento 76 pacientes (6%) presentaron sangrado postpapilotomía, solventándose mediante técnicas de electrocoagulación, esclerosis con adrenalina, o colocación de hemoclips.

En cuanto a mortalidad, se han recogido dos *éxitus* (0,2%), en relación con una parada cardiorespiratoria intraprocedimiento y una pancreatitis aguda grave.

En el campo de comorbilidades, 17 casos (1,3%) presentaban previamente un elevado riesgo anestésico, de los cuales cuatro (0,3%) presentaron complicaciones cardiovasculares que obligaron a suspender la intervención.

DISCUSIÓN

Los avances en CPRE en los últimos años y la expansión de la técnica a hospitales de segundo nivel han abierto un nuevo horizonte en el manejo de los pacientes con patología biliopancreática.

Tabla 1. Resumen datos técnicos.

Éxito Técnico	**78,3% (n=999)**
Tipo de papilotomía	59,2% (n=755)
- Convencional	78,3% (n=591)
- Precorte	9,4% (n=71)
- Needle-Knife	4,9% (n=37)
- Infundibulotomía	4% (n=30)
- Esfinteroplastia	3,4% (n=26)
Colocación de prótesis	**22,8% (n=291)**
- Biliar	85,9% (n=250)
- Pancreática	14,1% (n=41)
Complicaciones	
- Pancreatitis	8,4% (n=104)
- Anestésica	2,8% (n=36)
- Perforación	2,3% (n=29)
- Hemorragia	0,9% (n=11)
- Colangitis	1% (n=13)
- Otras	0,2% (n=2)

En el plano diagnóstico la CPRE ha ido perdiendo peso, siendo relegada a un papel secundario fundamentalmente por la colangioresonancia y la ecoendoscopia. En algunos casos esta última, complementa a la CPRE, por ejemplo para abordajes complejos y reconstrucciones quirúrgicas que alteran el acceso al área papilar y por ende a la canalización de vía biliar. En el terreno de la terapéutica es donde poco a poco, con la mayor experiencia de los endoscopistas dedicados a CPRE y los avances técnicos, se ha conseguido ampliar el rango de intervención, inicialmente más centrado en el manejo de patología benigna[1,2]. Con la evolución de la técnica se va extendiendo hacia un mayor manejo de la vía biliar, incluyendo en algunos casos la patología maligna en detrimento de la cirugía. Estos cambios están avalados por los buenos resultados tanto en éxito técnico como en reducción de morbimortalidad, estancia hospitalaria y costes[3-5].

Si bien, es una técnica que presenta riesgos, su proyección y beneficios avalan su uso respecto a sus complicaciones. Frecuentemente se hace referencia en la literatura a la necesidad de una larga curva de aprendizaje y la realización del procedimiento de forma frecuente para mantener un adecuado perfil de seguridad y eficacia por parte del endoscopista[6,7], motivo por el cual en nuestro centro se intenta apostar por la docencia y el relevo de los profesionales, incrementándose los procedimientos realizados por endoscopistas *"Junior"* que cada vez tienen un mayor peso a medida que avanza su formación[8-10]. En nuestro estudio observamos que durante los últimos tres años los endoscopistas *"Junior"* realizan entre el 35% y el 50% de las exploraciones.

Otro de los pilares a la hora de la reducción de complicaciones es la correcta selección de los pacientes con criterios objetivos que evalúen el beneficio, permite aumentar la seguridad del procedimiento disminuyendo complicaciones innecesarias. Aunque, como recoge S. Rodríguez Muñoz, a veces puede ser difícil negar una prueba a un paciente[11], por tratarse de una técnica invasiva, que requiere sedación, con el riesgo de morbimortalidad anestésica que conlleva, debemos valorar detenidamente la indicación de la misma y las alternativas disponibles.

Respecto a las complicaciones propias de la técnica nuestros resultados nos ubican dentro de lo descrito por la literatura[12-15], tanto en el ámbito nacional, reduciendo ligeramente la tasa de complicaciones descrita por García Cano[15] en un centro secundario (si bien es cierto que varios años después, en los que la técnica ha mejorado sustancialmente) como con estudios internacionales como el descrito por Coelho Prabhu[17] en Estados Unidos. La pancreatitis postCPRE es la más frecuente (2,8% en nuestro centro). Además, el correcto manejo y selección de pacientes previo a la intervención, junto con la coordinación de los distintos servicios posteriormente, han situado la mortalidad asociada a la prueba por debajo del 0,33%. Asimismo podemos observar su aumento con relación a la edad del paciente, donde a partir de los 60 años, se agrupan el mayor número de complicaciones.

En cuanto a la evolución de las complicaciones, también detectamos un aumento que puede relacionarse con una mejora en la codificación de los datos y los cambios observables de los últimos años. Entre ellos, un aumento considerable de las CPRE realizadas de forma urgente, que en el último año superaron con creces a las CPRE programadas. En el contexto de una población cada vez más envejecida, con una importante comorbilidad estos datos deben ser tomados con cautela y analizados según su evolución.

Cabe mencionar el elevado porcentaje de complicaciones cardiovasculares obtenido, definidas como aquellas que obligaron a finalizar la prueba. Tras el análisis de datos, presentamos cifras del 2,3%, superiores al 1% publicado por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)[18]. Si bien es cierto que en los datos publicados por la ASGE no se concreta a qué tipo de complicaciones cardiovasculares se refiere. El grupo de edad más afectado por estas complicaciones es el situado por encima de 70 años, pudiendo explicarse en parte por ser el grupo al que más se le realizó el procedimiento y además, el que mayor comorbilidad suele llevar asociada. Aun así, y pese a no ser una complicación directamente relacionada con la técnica, debería analizarse posteriormente junto con el Servicio de Anestesiología por ser un posible punto de mejora en los futuros años.

Con respecto al resto de los datos, se puede observar una muestra que coincide en gran parte con los estudios publicados por otras unidades especializadas en CPRE[16,17], en cuanto a indicaciones, técnica y

datos demográficos. En este último punto destacar el incremento progresivo de la edad de los pacientes, que puede deberse a múltiples factores, incluyendo el envejecimiento de la población a la que se da servicio nuestro centro, junto con la tendencia a ofrecer técnicas menos invasivas previas a la opción quirúrgica.

En lo referente a la técnica, se registra una evolución durante los diez años donde, excluyendo la papilotomía convencional, se observa un incremento de las técnicas alternativas para la manipulación de la papila. En los últimos años destaca un relativo abandono del abordaje con Needle-Knife y del precorte con un mayor uso de la infundibulotomía, probablemente por un mejor perfil de seguridad y por la experiencia previa de la unidad.

Por otro lado hemos querido evaluar la tasa de éxito (refiriéndonos al éxito técnico, considerando como tal la resolución de la indicación por la que se solicitó la prueba). Los resultados muestran una tasa de éxito levemente inferior a lo publicado en la literatura que no se correlaciona con un mayor riesgo para el paciente, ya que la tasa de complicaciones se mantiene en los resultados esperados. Comentar que el éxito es un parámetro que no se suele registrar, pero que consideramos importante para conocer de manera más precisa los resultados obtenidos. De hecho, es motivo de un subanalísis para identificar las indicaciones con menor éxito, identificar las causas de éste y para optimizar el abordaje posterior de estos pacientes, o bien mediante una CPRE en un segundo tiempo o bien si se consideran subsidiarios de una intervención quirúrgica para la resolución del cuadro.

En definitiva podemos destacar que al igual que en centros de referencia, la técnica ha evolucionado progresivamente, a la vez que los endoscopistas, dando servicio a una población envejecida (y con una demanda previsiblemente en aumento por este hecho) con un adecuado perfil de seguridad y una eficacia en continua mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler DG, Baron TH, Davila RE, Egan J, Hirota WK, Leighton JA, et al. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas. Gastrointest Endosc. 2005;62(1):1-8.

2. de C Ferreira Levv, Baron TH. Acute biliary conditions. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2013; 27(5):745-56.

3. Reinders JSK, Gouma DJ, Ubbink DT, van Ramshorst B, Boerma D. Transcystic or transductal stone extraction during single-stage treatment of choledochocystolithiasis: a systematic review. World J Surg. 2014;38(9):2403-2411.

4. Baron TH. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for cholangiocarcinoma. Clin Liver Dis. 2014;18(4):891-7.

5. Dasari BVM, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, et al. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Cochrane Database Syst Rev 2013; (12):CD003327.

6. Kachaamy TA, Faigel DO. Improving ERCP quality and decreasing risk to patients and providers. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2013;7(6):531-40.

7. Jowell PS, Baillie J, Branch MS, Affronti J, Browning CL, Bute BP. Quantitative assessment of procedural competence. A prospective study of training in endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Ann Intern Med. 1996;125(12):983-989.

8. Verma D, Gostout CJ, Petersen BT, Levy MJ, Baron TH, Adler DG. Establishing a true assessment of endoscopic competence in ERCP during training and beyond: a single-operator learning curve for deep biliary cannulation in patients with native papillary anatomy. Gastrointest Endosc. 2007;65(3):394-400.

9. Wicks AC, Robertson GS, Veitch PS. Structured training and assessment in ERCP has become essential for the Calman era. Gut. 1999;45(1):154-156.

10. Jorgensen J, Kubiliun N, Law JK, Al-Haddad MA, Bingener-Casey J, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): core curriculum. Gastrointest Endosc. 2016;83(2):279-289.

11. Rodríguez Muñoz S. Towards safer ERCP: selection, experience and prophylaxis. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(3):155-162.

12. Young HS, Keeffe EB. Complications of gastrointestinal endoscopy. 301, I, en: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 6ª ed, WB Saunders, Philadelphia 1998.

13. Mallery JS, Baron TH, Dominitz JA, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of ERCP. Gastrointest Endosc. 2003;57(6):633-638.

14. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. Gastrointest Endosc. 1998;48(1):1-10.

15. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. Am J Gastroenterol. 2007;102(8):1781-1788.

16. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, Pérez Sola A. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. A study in a small ERCP unit. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(3):163-173.

17. Coelho-Prabhu N, Shah ND, Van Houten H, Kamath PS, Baron TH. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: utilisation and outcomes in a 10-year population-based cohort. BMJ Open. 2013;31:3.

18. Anderson MA, Fisher L, Jain R, Evans JA, Appalaneni V, et al. Complications of ERCP. Gastrointest Endosc. 2012;75(3):467-73.

GASTROENTEROLOGÍA
EN IMÁGENES

Rev ACAD 2018; 34(1): 22-23

HERNIA HIATAL GIGANTE

GIANT HIATAL HERNIA

J.R. Gómez-López[1], M. Toledano-Trincado[1], M.A. Montenegro-Martín[1], P. Concejo-Cutoli[1], M.L. Martín-Esteban[1], I.C. López-Mestanza[2], J.C. Martín-del Olmo[1]

[1]Hospital Medina del Campo. Valladolid.
[2]Hospital Santa Bárbara. Soria.

RESUMEN

La hernia de hiato es una patología frecuente con tratamiento médico inicialmente y, en casos complicados tratamiento quirúrgico. Gracias a la cirugía mínimamente invasiva, el tratamiento quirúrgico es un procedimiento poco agresivo, seguro y efectivo. Esto ha permitido intervenir a pacientes con grandes defectos y que anteriormente se descartaban para cirugía. Presentamos un caso en el que la paciente no tuvo un seguimiento adecuado de su patología y se presentó con una grave complicación de la misma que hizo inviable cualquier opción terapéutica. Por tanto, debemos hacer hincapié en la correcta evaluación y seguimiento de estos pacientes

Palabras clave: hernia hiato, vólvulo gástrico.

ABSTRACT

The hiatal hernia is a common pathology with medical treatment initially and, in complicated cases, surgical treatment. Thanks to minimally invasive surgery, surgical treatment is a non-aggressive, safe and effective procedure. This has allowed patients with major defects to intervene and who were previously discarded for surgery. We present a case in which the patient did not have an adequate follow-up of her pathology and presented with a serious complication that made any therapeutic option unviable. Therefore, we must emphasize the correct evaluation and monitoring of these patients.

Keywords: hiatal hernia, gastric valve.

TRABAJO ENVIADO: 28/12/2017
ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 17/03/2018
CORRESPONDENCIA:
Juan Ramón Gómez López
Hospital de Medina del Campo
C/ Peñaranda, 24
Medina del Campo
47400 Valladolid
jrgomez@saludcastillayleon.es

INTRODUCCIÓN

La hernia de hiato es una patología frecuente, con unas indicaciones quirúrgicas bien establecidas y, en la actualidad gracias a la cirugía mínimamente invasiva, su tratamiento quirúrgico se ha convertido en un procedimiento poco agresivo, seguro y efectivo.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 92 años, institucionalizada, con antecedentes personales de hipertensión arterial, deterioro cognitivo, infecciones urinarias de repetición, neuralgia del trigémino e hipernefroma renal derecho no intervenido, es derivada al Servicio de Urgencias por su médico de Atención Primaria por cuadro de disnea, malestar general y mayor desorientación de la habitual. A la exploración la paciente se encontraba taquipneica y taquicárdica, con hipoventilación generalizada en ambos hemitórax y distensión abdominal. En la radiografía de tórax se objetivó gran hernia de hiato **(Figura 1)** y en la analítica aparecían elevación de reactantes de fase aguda.

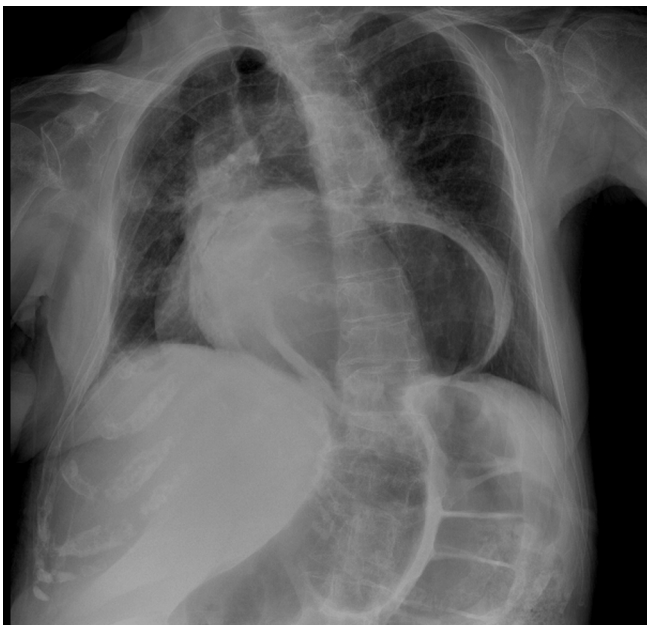


Figura 1. Rx de Tórax. Se puede observar la ocupación torácica por el estómago condicionando la clínica de la paciente.

Debido a la edad, las comorbilidades y la decisión de la familia, se decidió tratamiento conservador con ingreso de la paciente; falleciendo ésta a las pocas horas del mismo.

DISCUSIÓN

La hernia de hiato gigante puede originar graves complicaciones, desde hemorragia digestiva (crónica y/o aguda) hasta vólvulo gástrico con estrangulación del estómago. En nuestro caso, una paciente con hernia de hiato conocida y sin valoración para tratamiento quirúrgico previo, sufrió un cuadro de fracaso respiratorio secundario a su hernia y, probablemente, una isquemia gástrica que le produjo un fatal desenlace. Por esto, hacemos un llamamiento tanto a los médicos de Atención Primaria como a los diversos especialistas que intervienen en la vigilancia de la salud de estos pacientes, para hacer hincapié en el estudio de esta patología, en la actualidad fácil de solucionar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro Tovar F, Juárez de La Torre JC, Pérez Ayala LC, Quintero Cabrera E. Type IV paraesophageal hernia with 60% of gastric necrosis. Case report. Cir Cir. 2014 Nov-Dec;82(6):661-7.

2. Le Page PA, Furtado R, Hayward M, Law S, Tan A, Vivian SJ, Van der Wall H, Falk GL. Durability of giant hiatus hernia repair in 455 patients over 20 years. Ann R Coll Surg Engl. 2015 Apr;97(3):188-93.

3. Prassas D, Rolfs TM, Schumacher FJ. Laparoscopic repair of giant hiatal hernia. A single center experience. Int J Surg. 2015 Aug;20:149-52

GASTROENTEROLOGÍA
EN IMÁGENES

Rev ACAD 2018; 34(1): 24-26

LINFANGIECTASIA INTESTINAL GIGANTE

GIANT INTESTINAL LYMPHANGIECTASIA

E. Quintanilla-Lázaro, C. García-Ramos García

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Palabras clave: linfangiectasia intestinal, adultos.

Keywords: intestinal lymphangiestasia, adults.

INTRODUCCIÓN

La linfangiectasia intestinal es una enfermedad infrecuente causada por la dilatación de los vasos linfáticos intestinales, que cursa habitualmente como una enteropatía pierde proteínas. Presentamos un caso de linfangiectasia intestinal, de especial relevancia por su gran tamaño, en un paciente sin clínica acompañante.

CASO CLÍNICO

Paciente de 75 años, asintomático, remitido desde Urología por masa intracolónica izquierda vista en TAC de estadiaje de neoplasia prostática. Como antecedentes el paciente presentaba una neoplasia vesical *in situ* previa, sin recidiva. Analítica completa con CEA normal. En TAC abdominal se describe masa sigmoidea de 9 cm, polipoidea, de partes blandas **(Figura 1)**.

TRABAJO ENVIADO: 01/11/2017
ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 07/03/2018
CORRESPONDENCIA:
Elvira Quintanilla Lázaro
Aparato Digestivo
Hospital Universitario Severo Ochoa
Avda Orellana s/n
28911 Leganés, Madrid
elviramquintanilla@hotmail.com

Figura 1. Masa sigmoidea de 9 cm, vista en TAC.

Se realiza colonoscopia, donde se observa entre 35 y 50 cm del margen anal, una masa polilobulada, congestiva y edematosa, que ocupa el 75% de la luz, con superficie petequial, sin impedir el paso del endoscopio, y de consistencia elástica a la toma de biopsias, y salida de contenido seroso al realizarlas **(Figura 2)**.

El estudio anatomopatológico de la lesión mostró una mucosa colónica con marcado edema y presencia, de abundantes vasos linfáticos dilatados y tortuosos correspondiente con linfangiectasia en lámina propia, sin datos de maliginidad **(Figuras 3 y 4)**.

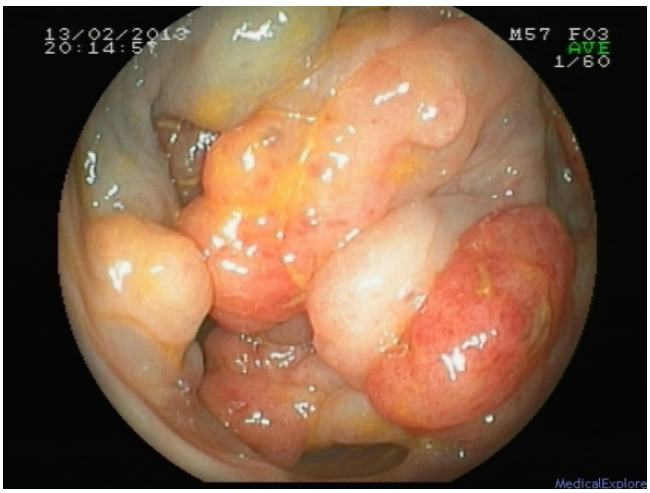
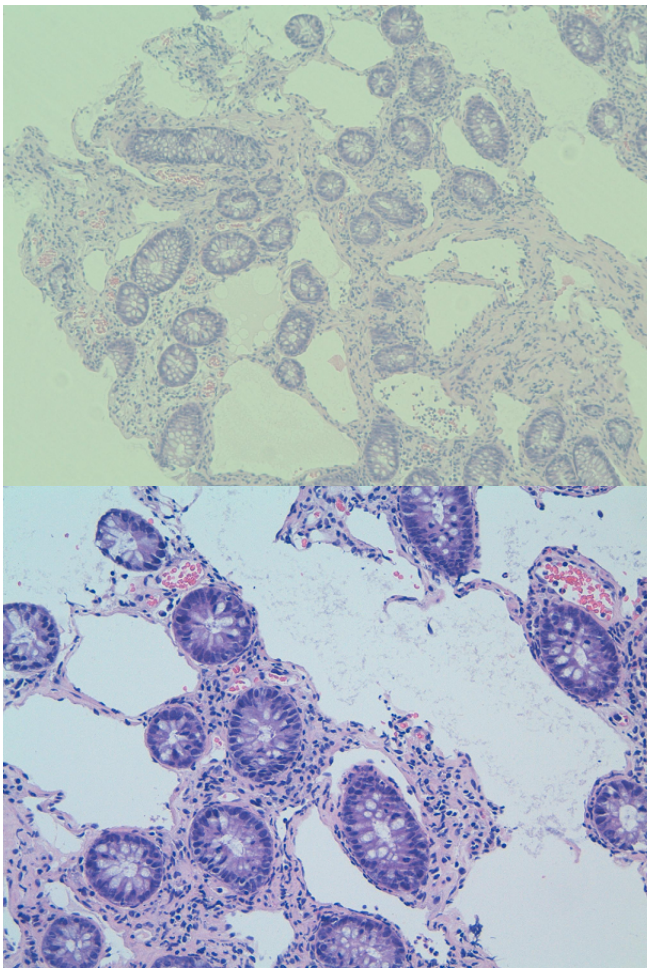


Figura 2. Masa polilobulada, congestiva y edematosa, que ocupa el 75% de la luz, con superficie petequial, sin impedir el paso del endoscopio.



Figuras 3 y 4. Estudio anatomo-patológico con mucosa colónica con marcado edema y presencia de abundantes vasos linfáticos dilatados y tortuosos que corresponden con una linfangiectasia.

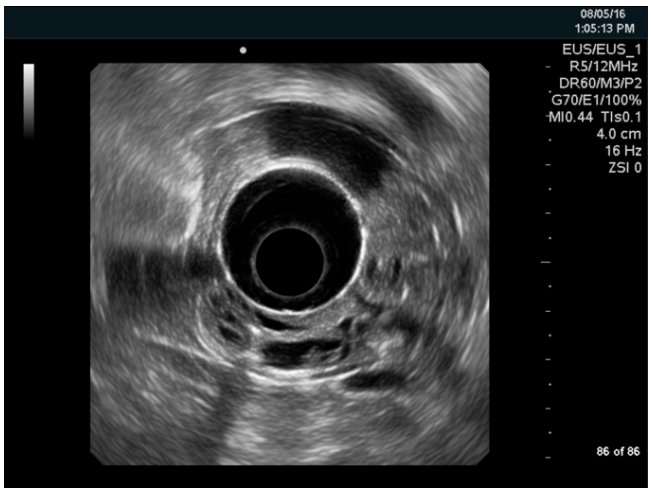


Figura 5. Ecoendoscopia: engrosamiento excéntrico de la pared colónica contenido por la serosa y compuesto por múltiples imágenes quísticas avasculares, en el interior de un estroma hiperecogénico homogéneo.

Con los hallazgos descritos, para filiar mejor la lesión, se completa estudio con ecoendoscopia **(Figura 5)**, donde se observa un engrosamiento excéntrico de la pared colónica (parece submucosa), con espesor máximo de 16-18 mm, contenido por la serosa y compuesto por múltiples imágenes quísticas avasculares, en el interior de un estroma hiperecogénico homogéneo. En algunas zonas, estas imágenes parecen sobrepasar la serosa.

DISCUSIÓN

Con las pruebas realizadas, se diagnostica de linfangiectasia intestinal gigante. La linfangiectasia intestinal se caracteriza por ectasia de los vasos linfáticos entéricos de forma tanto difusa como localizada. Existen dos tipos de linfangiectasia intestinal: primaria o congénita, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, y secundaria, que aparece en adultos[1,2]. Esta última, está en relación con enfermedades cardiacas (pericarditis constrictiva o miocardiopatía) o con el crecimiento de un ganglio linfático retroperitoneal (de origen infeccioso o asociado a fármacos o quimioterapia).

El diagnóstico es clínico, cuando cursa como una enteropatía pierde proteínas, e histológico, revelando vasos linfáticos dilatados principalmente en las vellosidades, pudiendo optar por laparoscopia para aclarar casos dudosos[3]. El tratamiento médico incluye medidas dietéticas o somatostatina. El tratamiento quirúrgico, con la resección del intestino afecto, está indicada en pacientes sintomáticos y/o refractarios a otras medidas[3].

Rev ACAD 2018; 34(1): 24-26

En nuestro paciente la etiología no está bien definida, si bien los antecedentes urológicos pueden haber influido en el origen de la linfangiectasia intestinal, podría tratarse de una linfangiectasia primaria. Dado que se encuentra asintomático, y a pesar del tamaño de la lesión, se decidió un manejo conservador, vigilando la aparición de enteropatía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freeman HJ and Nimmo M. Intestinal lymphangiectasia in adults. Worl J Gastrointest Oncol 2011;3(2):10-23.

2. Alshikho MJ, Talas JM, Noureldine SI et al. Intestinal lymphangiectasia: Insights on Management and Literature review. Am J Case Rep. 2016;21(17):512-22.

3. Huber T, Paschold M, Eckardt AJ, Lang H, Kneist W. Surgical therapy on primary intestinal lymphangiestasia in adults. J Surg Case Rep. 2015;2015(7).

CARTA
AL DIRECTOR

Rev ACAD 2018; 34(1): 27-29

ANEMIA FERROPÉNICA GRAVE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN GIST YEYUNAL CON METÁSTASIS HEPÁTICAS

SEVERE IRON-DEFICIENCY ANAEMIA AS A CLINICAL PRESENTATION OF A JEJUNAL GIST WITH LIVER METASTASIS

J.A. Núñez-Otero[1], J.L. Larrea-Yánez[1], E. Aguirregoicoa-García[2]

[1]Servicio de Aparato Digestivo. [2]Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Palabras clave: GIST, anemia, intestino delgado.

Keywords: GIST, anaemia, small bowel.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son un grupo de neoplasias que difieren histológica, inmunohistoquímica y genéticamente de otros tumores gastrointestinales primarios, representando aproximadamente el 0,5-3% de éstos. Su incidencia es de 10 casos por millón de habitantes y año[1]. Son tumores pleomórficos de células fusiformes, epiteloides y ocasionalmente mesenquimatosas, probablemente originados en las células de Cajal, con expresión inmunohistoquímica para CD117 y CD34[2]. El pronóstico se establece mediante diferentes parámetros: índice mitótico, tamaño superior a 5 cm, necrosis, hemorragia, invasión de mucosa, celularidad y atipia nuclear. Un número de mitosis mayor a 5/50 campos de gran aumento y la celularidad son factores asociados a una mayor incidencia de metástasis[3]. Presentamos un paciente con anemia ferropénica grave, como forma de presentación clínica de un GIST yeyunal con metástasis hepáticas.

TRABAJO ENVIADO: 11/09/2017
ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 07/03/2018
CORRESPONDENCIA:
Jorge Núñez Otero
Av. Reyes Católicos Nº2. Madrid.
jano2001md@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Varón de 79 años hipertenso, nefrópata y anticoagulado con apixabán por fibrilación auricular crónica, ingresa en planta de hospitalización para estudio de una anemia grave, microcítica e hipocrómica, de origen ferropénico (hemoglobina 7,8 g/dL, hematocrito 23,6%, VCM 76,6 fL, HCM 23,7 pg, hierro sérico 14 µg/dL, IST 4%, ferritina 7 ng/mL) y un síndrome constitucional de seis meses de evolución. La gastroscopia y la colonoscopia no evidencian patología relevante y el estudio baritado muestra una aparente asa yeyunal dilatada, de forma irregular. Se realiza una TAC abdominal objetivándose un hígado metastásico y una masa de 10 cm localizada a nivel del ángulo de Treitz, probablemente dependiente de yeyuno proximal **(Figura 1)**. Se realiza PAAF de una lesión focal hepática siendo compatible con lesión mesenquimal de bajo grado. Se consensúa tratamiento quirúrgico de entrada hallándose una tumoración de unos 10 cm de diámetro a nivel del meso de la primera asa yeyunal, cercano al ángulo de Treitz, que infiltra la pared intestinal y el mesocolon transverso. La anatomía patológica confirma un GIST fusiforme y unifocal, G2 (15 mitosis/50 CGA) según la clasificación de Miettinen, con riesgo de recidiva alto y que infiltra la serosa. Las células tumorales muestran positividad intensa para vimentina, CD34 y CD117 y un índice de proliferación ki67 alto **(Figura 2)**. Se inicia tratamiento adyuvante con imatinib 400 mg/día, con buena respuesta, disminuyendo el tamaño y la densidad de las lesiones hepáticas. El paciente permanece libre de progresión

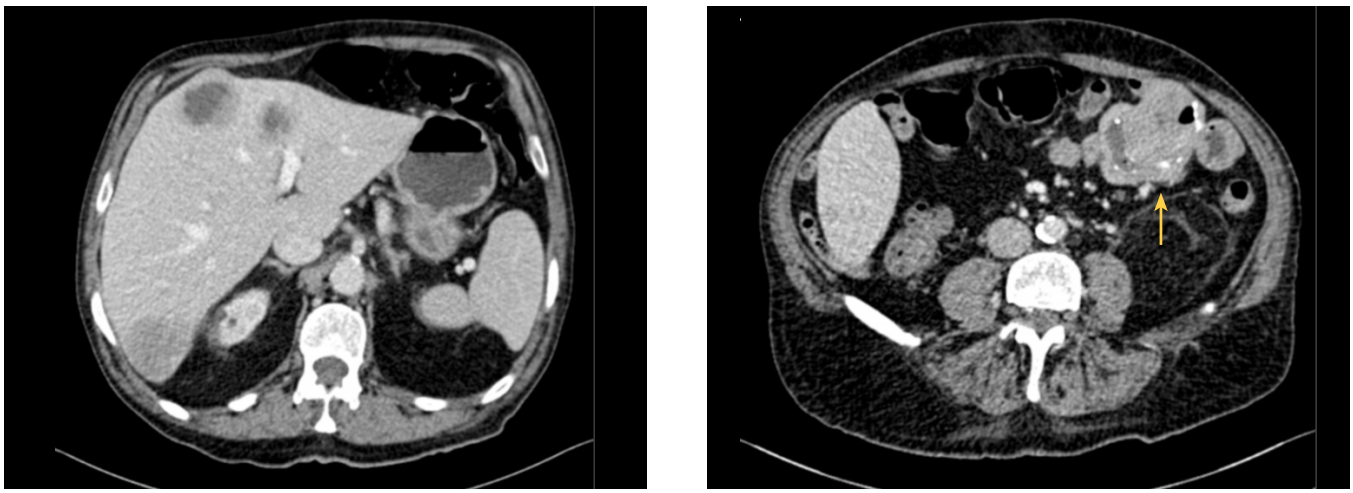


Figura 1. TC abdominal mostrando un hígado metastásico (izquierda) y masa de 10 cm a nivel del ángulo de Treitz, probablemente dependiente de yeyuno proximal (derecha).

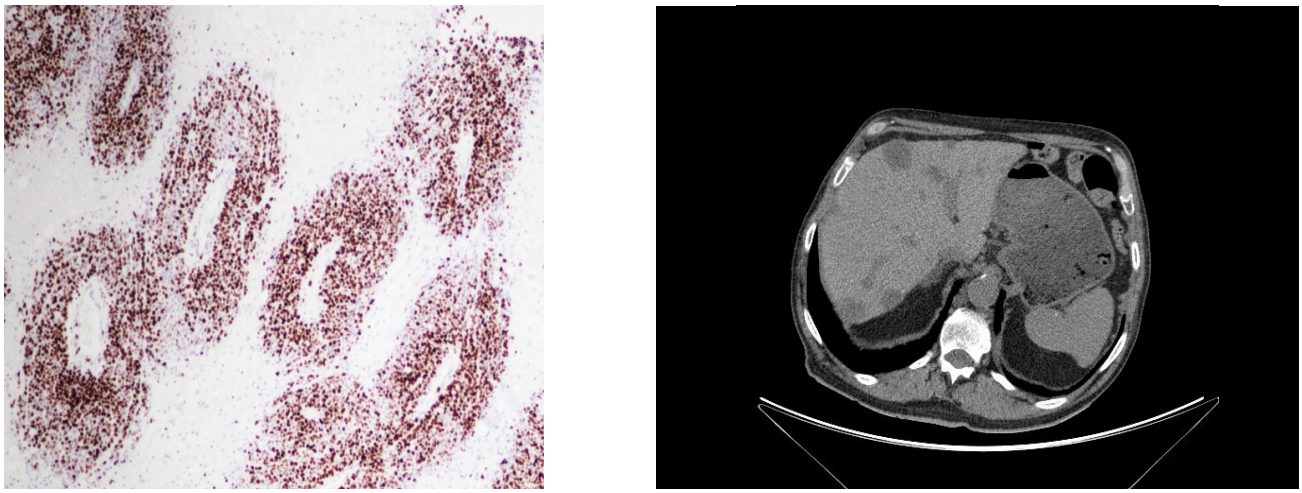


Figura 2. El estudio inmunohistoquímico muestra un índice de proliferación ki67 alto (izquierda). TC abdominal con disminución del tamaño y densidad de las lesiones metastásicas (derecha).

durante 22 meses, tras lo que presenta crecimiento de las lesiones hepáticas, iniciándose adyuvancia con sunitinib por vía oral. Finalmente, fallece por fallo multiorgánico secundario a una infección respiratoria con descompensación cardíaca, doce meses después de iniciar este último tratamiento.

DISCUSIÓN

Los GIST son tumores potencialmente malignos que pueden aparecer en cualquier segmento del tubo gastrointestinal, siendo más comunes en estómago (60%) e intestino delgado en sus tramos de yeyuno e íleon (30%)[4]. Generalmente asintomáticos, suelen diagnosticarse incidentalmente o pueden manifestarse como molestias abdominales inespecíficas, masa palpable, hemorragia digestiva o anemia ferropénica, como el presente caso. Raramente afectan a la ampolla de Vater ocasionando ictericia. Tanto la cápsula endoscópica como la enteroscopia son de utilidad, de sospecharse origen en el intestino delgado, siendo la TAC con contraste la técnica de imagen de elección. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa (R0). Si existe enfermedad metastásica, inoperabilidad o recidiva, cerca del 80% de los pacientes se benefician del tratamiento con inhibidores de la tirosin-quinasa, mejorando su supervivencia[5]. En la era pre-imatinib, el tiempo libre de progresión era inferior a los dos años y la supervivencia global en caso de enfermedad metastásica de 19 meses[6]. La adyuvancia con imatinib ha incrementado de forma significativa la supervivencia libre de recurrencia[7], y su dosis recomendada es de 400 mg/día, debiéndose mantener indefinidamente o hasta que haya progresión de la enfermedad. En caso de intolerancia o resistencia a este fármaco se puede emplear sunitinib o regorafenib[5].

Rev ACAD 2018; 34(1): 27-29

BIBLIOGRAFÍA

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology,molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. Arch Pathol Lab Med 2006; 130(10):1466-1478.

2. Kitamura Y, Hirota S. Kit as a human oncogenic tyrosine kinase. Cell Mol Life Sci. 2004; 61(23):2924-2931.

3. Miettinen M, Makhlouf HR, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) of the jejunum and ileum – a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic study of 906 cases before imatinib with long-term follow-up. Am J Surg Pathol. 2006; 30(4):477-489.

4. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors. Gastroenterol Clin North Am. 2013 June; 42(2): 399-415.

5. Poveda A, Martínez V, Serrano C, Sevilla I, Lecumberri MJ, de Beveridge RD, et al. SEOM Clinical Guideline for gastrointestinal sarcomas (GIST) (2016).Clin Transl Oncol. 2016 Dec;18(12):1221-1228.

6. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. Ann Surg. 2000; 231:51–58.

7. DeMatteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, Corless C, Kolesnikova V, von Mehren M, et al. Long-term results of adjuvant imatinib mesylate in localized, high-risk, primary gastrointestinal stromal tumor: ACOSOG Z9000 (Alliance) intergroup phase 2 trial. Ann Surg. 2013 Sep; 258(3):422-9.

CARTA
AL DIRECTOR

Rev ACAD 2018; 34(1): 30-31

LA CONSULTA EXTERNA DE APARATO DIGESTIVO Y LA COMUNICACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA. AMPLIO MARGEN DE MEJORA.

GASTROENTEROLOGIC OUTPATIENT CLINIC AND COMMUNICATION WITH PRIMARY CARE UNITS. MUCH ROOM FOR IMPROVEMENT.

B. Jaramillo López-Herce[1], L. Fernández- Salazar[2]

[1]Área de Salud Este. Valladolid.
[2]Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Palabras clave: atención primaria, consultas externas, derivación.

Keywords: primary care, outpatient clinic, referral.

Sr Director:

Hemos leído con sumo interés el trabajo de Díez Rodríguez *et al.* publicado en el número de diciembre pasado[1] y felicitamos a los autores por el enorme interés del tema tratado.

Las consultas externas de cualquier servicio médico, y sobre todo en el caso de nuestra especialidad, suponen un gran consumo de tiempo y recursos asistenciales. La procedencia mayoritaria de estas consultas es la Atención Primaria (el 78% en el caso del Hospital del Bierzo y el 85% en el nuestro). Es por esto por lo que la interrelación y la comunicación entre la Atención Primaria y las especialidades hospitalarias resultan imprescindibles para conseguir que estas consultas y la actividad de todo el servicio sean eficaces y eficientes.

TRABAJO ENVIADO: 04/01/2018
ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN: 17/03/2018
CORRESPONDENCIA:
Luis Fernández Salazar
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Av. Ramón y Cajal, 3
47003 Valladolid
luisfernsal@gmail.com

Los autores analizan, en su trabajo, los síntomas por los que los pacientes son derivados a la consulta de Aparato Digestivo y las exploraciones que se les solicita, pero hemos echado de menos que no se refieran a los diagnósticos finales de los pacientes. Estamos seguros de que los diagnósticos no habrían sido diferentes a los que pudimos comprobar nosotros a partir del análisis no publicado, retrospectivo, de cien pacientes seleccionados de forma aleatoria entre los atendidos los años 2015 y 2016 en nuestra consulta externa.

Nuestra área de salud atiende a más de 185.000 personas mayores de 16 años y cuenta con 18 centros de Atención Primaria urbanos y rurales, con un total de más de 150 médicos de familia. La minoría de los diagnósticos de estos cien pacientes fueron enfermedades orgánicas (un caso de cáncer gástrico, un cáncer no digestivo, un caso de enfermedad celíaca, un caso de enfermedad de Crohn, una colelitiasis sintomática, dos casos de úlcera péptica, cinco de esofagitis péptica) detectándose pólipos de colon en diez pacientes y siendo la mayoría de los diagnósticos finales, dispepsia funcional, ERGE no erosiva y otras enfermedades funcionales. Está claro, por tanto, que el diagnóstico de enfermedades orgánicas y graves se hace por otras vías como son los servicios de urgencias o consultas rápidas, creadas probablemente por las largas listas de espera de las consultas externas.

La escasa comunicación entre las especialidades hospitalarias y la Atención Primaria se pone de manifiesto en el interesante dato sobre la frecuencia con la que los pacientes derivados ya fueron valorados antes por el mismo motivo hasta en un tercio de los casos. Esto es algo que vemos con frecuencia en la práctica clínica, y que Rodríguez Díez *et al.* han confirmado. Esta escasa comunicación supone una percepción de calidad, por

parte de médicos de familia y gastroenterólogos, en el funcionamiento de las consultas, externas claramente mejorable como pusieron de manifiesto Gené *et al.*[2]. Para una comunicación adecuada son necesarios una historia clínica compartida, reuniones físicas o virtuales, o un sistema de comunicación ágil vía e-mail o telefónico, la creación de protocolos y desde luego la actitud proactiva y el deseo de mejorar por parte de todos[3]. Díez Rodríguez *et al.* también apuntan la posibilidad de que el tipo de centro de salud, rural o urbano, pueda suponer diferencias en el proceso de derivación[1]. Esto es algo que estamos estudiando, y hemos comprobado que, en nuestra área, la distancia del centro de Atención Primaria respecto al Hospital se asocia a una tasa de derivación por cada mil pacientes menor (R: -0,628, p=0,009) pero a mayor variabilidad en la tasa de derivación entre sus médicos (datos no publicados).

Coincidimos con los autores en que cualquier medida o estrategia que se tome con el fin de mejorar la eficiencia de las consultas debe tomarse de forma conjunta con Atención Primaria. Es más, pensamos que unos y otros tenemos que considerar la consulta externa no como una barrera o frontera entre los servicios, sino como un puente que debe ser cuidado por ambos y que debe tener un tráfico fluido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Rodríguez R, Pisabarros Blanco C, González Bárcenas ML, Castillo Trujillo RS, Karpman Niremberg GF, Tierra Rodríguez AM, et al. Análisis de la primera consulta en Aparato Digestivo: ¿qué vemos y qué pruebas pedimos? Rev ACAD 2017; 33(4): 174-179.

2. Gené E, García Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. Coordination between primary and specialized care in gastroenterology is insufficient. A survey of gastroenterologists and general practitioners. Gastroenterol Hepatol. 2010 Oct;33(8):555-62.

3. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vázquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. BMC Health Serv Res. 2017 Dec 22;17(1):842.

Entrada **Fushimi Inari:** Templo de la diosa
del éxito de aquellos que fueron capaces de ver más allá.

ES/EV/0217/0025