REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

CO-18. UTILIDAD DE LAS PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL (PAL) *HOT AXIOS* COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA PATOLOGÍA VESICULAR NO QUIRÚRGICA

Vázquez-Sequeiros, Enrique¹; López-Durán, Sergio¹; Foruny, José Ramón¹; González Martín, Juan Ángel¹; Ríos, Raquel¹; Defarges, Víctor¹; García García de Paredes, Ana¹; Sanjuanbenito, Alfonso¹; Juzgado, Diego²; Albillos, Agustín¹

¹Servicio Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Pozuelo de Alarcón, Madrid

Introducción: El tratamiento curativo de la patología de la vesícula biliar es la cirugía. En pacientes no candidatos, el drenaje percutáneo paliativo suele ser eficaz inicialmente, pero tiende a la obstrucción/migración a corto-medio plazo (hasta > 50%). El drenaje interno de la vesícula biliar, por vía ecoendoscópica, con PAL (D-PAL) supone una alternativa atractiva.

Objetivo: Evaluar prospectivamente la eficacia y perfil de seguridad del D-PAL en patología inflamatoria/infecciosa/tumoral.

Métodos: Análisis de una serie prospectiva de pacientes sometidos a D-PAL (04/2107-07/2018) con Hot-Axios 8, 10,15 mm. *Criterios de inclusión:* 1) Pacientes con colecistitis recidivante (≥ 2 episodios pese a antibioterapia+/-colecistostomía percutánea (CP)) no subsidiarios de cirugía; 2) Pacientes con ictericia obstructiva tumoral, no drenable mediante CPRE, en espera de tratamiento oncológico. *Criterios de exclusión:* 1) Seguimiento no disponible; 2) Coagulopatía (INR > 1,5) y/o trombopenia (< 50.000). Se recogió: información demográfica, indicación, éxito técnico (ET: sí/no), dificultad técnica (DT: Escala analógica visual/EAV 0-10), éxito clínico (EC: no/parcial/completo), tiempo de seguimiento tras tratamiento, retirada PAL (sí/no). Análisis estadístico descriptivo (software JMP).

Resultados: Se realizaron en dicho período 46 D-PAL en 46 pacientes. De ellos, 10 cumplían criterios de inclusión/exclusión (edad: mediana 81.5 (IQR: 70.2-91.2), M/H: 30/70%, indicación (colecistitis: 70%; ictericia tumoral: 30%), tipo PAL [10 mm: 90%; 8

mm: 10%]). El ET fue 100% (DT/EAV: mediana; IQR: 2; 2-4.5) y el EC completo/parcial 80/20% (2/3 [66,7%] con ictericia maligna redujeron su bilirrubina hasta posibilitar inicio de quimioterapia; 6/7 [85,7%] mejoraron de su colecistitis, permitiendo retirar la CP sin recidiva). Se registró un efecto adverso grave (10%) en forma de hemorragia por úlcera duodenal que requirió embolización. No se registraron exitus atribuibles al drenaje. El periodo de seguimiento tras tratamiento (mediana; IQR) fue de 204 días; 25-261,2 días. Se retiró 1/10 (10%) de las PAL a los 217 días de implantarla, sin complicaciones.

Conclusiones:

1. El D-PAL permite tratar de forma definitiva, eficaz y segura colecistitis no subsidiarias de colecistectomía, e internalizar (tratamiento definitivo) las CP.
2. La colecistogastro/duodenostomía con PAL podría abrir la puerta a la paliación de la ictericia en neoplasias biliopancreáticas.