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

P-032. ¿HASTA DÓNDE NOS PERMITE LLEGAR EL ENDOSCOPIO DE DOBLE CANAL EN ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA AVANZADA?: INDICACIONES, EFICACIA Y SEGURIDAD

Sevilla Ribota, Sergio¹; González López, Teresa¹; Gómez-Panizo Tamargo, Fernando¹; Rojas Sánchez, Álvaro¹; Lozano Varela, María¹; Alonso Sierra, María Teresa¹; Phares, Lucía¹; Zapatero Zamora, Leticia¹; Vázquez Sequeiros, Enrique²; Juzgado de Lucas, Diego¹

¹Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Pozuelo de Alarcón, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Muchos pólipos del tubo digestivo no subsidiarios de disección mucosa (DME) acaban en cirugía. La polipectomía con endoscopio de doble canal (EDC) está poco estandarizada en endoscopia.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad del EDC en polipectomías complejas no subsidiarias de DME: por tamaño, localización o signos de infiltración. Describir las indicaciones del EDC en nuestra Unidad.

Material y métodos: 95 pacientes (64% varones, edad media = 62) en los que utilizamos EDC entre 2013-2018. La principal indicación fue polipectomías con intento previo fallido mediante gastroscopio/colonoscopia convencional (56%), de las que 15% fueron extirpación de lesiones subepiteliales donde necesitábamos alcanzar profundidades mayores (carcinoides). Seguida fue la realización de suturas para fijar prótesis endoluminales (31%), cierre de orificios: fístulas/perforaciones (9%) y otras (4%).

Resultados: La mayoría de los pólipos eran colónicos (85%) siendo 25% del colon derecho. El tamaño medio fue 27,3mm, 78% planos y 51% presentaban depresión central. La técnica empleada para la DME fue mediante pinza de tracción y asa de diatermia simultáneas. Se resecaron el 100% de los pólipos y en el 87% los márgenes de resección fueron libres. De los que presentaban depresión central solo 26% fueron adenocarcinomas in situ y 10% fueron infiltrantes. Encontramos 14 complicaciones (15%), principalmente hemorragias (7 leves) y 4 perforaciones que resolvimos durante

el procedimiento.

Conclusiones: El uso global del EDC es limitado ya que la mayoría de las Unidades de Endoscopia no disponen de él. Sin embargo, sirve para realizar varios procedimientos terapéuticos ya que facilita muchas maniobras con respecto a endoscopios de único canal. A pesar de su corta longitud y seguramente debido a su mayor rigidez, alcanza fácilmente el ciego. Por tanto, en manos expertas, puede ser una alternativa eficaz y segura para la resección de pólipos no subsidiarios de DME con endoscopia convencional evitando un número significativo de cirugías.