



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-14 - USO DE SOBRECILIP COMO TRATAMIENTO PRIMARIO O DE RESCATE EN CIERRE DE PERFORACIONES Y CONTROL DE HEMORRAGIAS

E. Soria López, A. Sánchez Yagüe, M. Puya Gamarro, R. Rivera Irigoín y A.M. Sánchez Cantos

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Resumen

Introducción: Los sobreclips son dispositivos de nitinol que permiten atrapar más tejido y con mayor estabilidad que los clips convencionales, siendo útiles para cerrar defectos en la pared y atrapar vasos de úlceras en el tubo digestivo. El más conocido y experimentado es el OTSC (Over the scope clip, OVESCO, Alemania).

Objetivos: Evaluar indicaciones y resultados de la colocación del OTSC en patología gastrointestinal en nuestro centro, analizando las características de las lesiones y su empleo como tratamiento primario o de rescate.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con colocación de OTSC en nuestro hospital, considerando variables demográficas, indicación de la endoscopia, hallazgos endoscópicos, técnica y sus resultados.

Resultados: Hasta noviembre-2017 se han colocado en nuestro centro 20 OTSC en 20 pacientes (1 en 2015, 5 en 2016 y 14 en 2017). Edad media 70,6 años (70% varones). 25% toma fármacos antiagregantes y 5% anticoagulantes. El 70% (n = 14) fue sometido a endoscopia urgente por hemorragia digestiva alta, observándose una úlcera benigna (7 en bulbo duodenal, 4 gástrica y 3 en boca anastomótica), siendo 4 de ellas Forrest IA, 2 Forrest IB, 7 Forrest IIA y 1 IIB. 5 descritas como úlceras profundas y 9 como de gran tamaño. Hemoglobina media de 6,6 mg/dl, precisando 12 pacientes transfusión de hemoderivados previo a la endoscopia. A 8 de estos 14 pacientes con hemorragia aguda (57%) se le colocó el OTSC como tratamiento primario (1 IA, 1 IB, 6 IIA), 1 no precisó tratamiento de entrada y 5 fueron sometidos a otro tratamiento endoscópico (3 adrenalina + hemoclip, 1 adrenalina + esclerosis alcohol, 1 adrenalina + alcohol + hemoclip) consiguiendo controlar el sangrado en todos, pero recidivando y precisando una segunda endoscopia (media 3 días) para colocación de OTSC. La tasa de éxito técnico de colocación de OTSC por úlcera gastrointestinal fue del 92% (13/14) y no hubo recidiva hemorrágica ni complicaciones. Sólo un paciente precisó cirugía urgente para control del sangrado. En los otros 6 pacientes de la serie, el OTSC se colocó como tratamiento primario (100%) para: cierre de fístula esofágica (n = 1), cierre inmediato de perforación esofágica durante ecoendoscopia (n = 1) y cierre inmediato de perforación de colon durante colonoscopia diagnóstica (n = 1) y colonoscopia terapéutica (n = 3: 1 disección submucosa híbrida en colon izquierdo, 1 mucosectomía en colon ascendente y 1 mucosectomía en recto). La tasa de éxito técnico de colocación de OTSC fue del 100% (6/6) con buen control clínico y

radiológico.

Conclusiones: El 70% de los clips OTSC colocados en nuestro centro han sido empleados como tratamiento primario para cierre de defectos en la pared y control de hemorragias no varicosas. Su gran capacidad para atrapar el tejido permite su empleo en úlceras de fondo fibrótico o gran tamaño, así como en perforaciones agudas iatrogénicas, por lo que consideramos que su manejo debe ser esencial en la actualidad para todo endoscopista.