

# Desafíos de la endoscopia en pacientes oncológicos

Dra. M<sup>ª</sup> Ignacia Villarroel Piedra  
Fundación Arturo López Pérez  
Hospital Clínico San Borja Arriarán



# Hoja de ruta

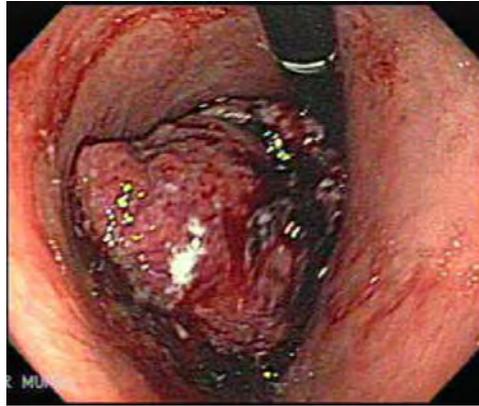
1. **Hemorragia** digestiva tumoral
2. **Fugas** anastomóticas postquirúrgicas – LAMS y eVAC
3. Desnutrición y pronóstico en oncología – **Gastrostomía** precoz
4. Tratamiento endoscópico de **estenosis esofágica benigna**
5. Tratamiento endoscópico paliativo de **estenosis malignas**
6. Complicaciones post **inmunoterapia** – Gastritis inmunomediada.



# 1. Hemorragia digestiva tumoral



21 años  
Sin antecedentes mórbidos  
Dolor abdominal 1 mes de evolución



Adenocarcinoma gástrico de 8 cm



Metástasis hepáticas y óseas

Comité oncológico: FOLFOX 5 ciclos



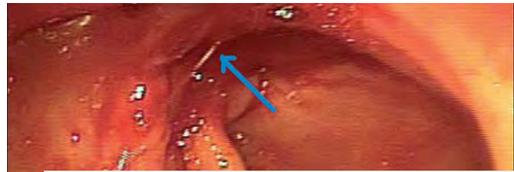
Comité oncológico: Paclitaxel



Comité oncológico: Estudio Clínico

*Anemización progresiva*

# Técnicas hemostáticas



**Injection of Epinephrine**

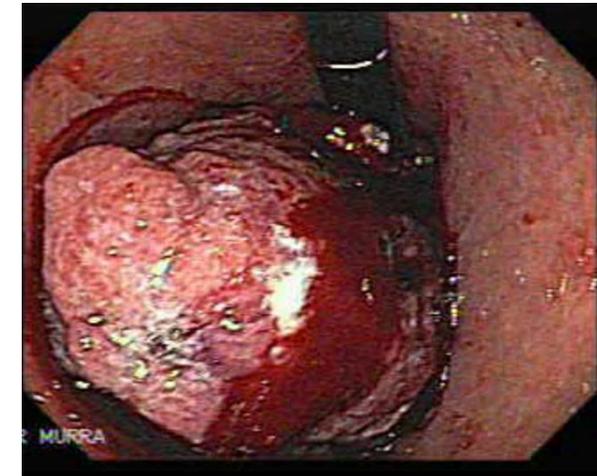
**TECHNIQUE**

- Epinephrine 1:10,000 dilution
- 0.5-2.0 mL per injection

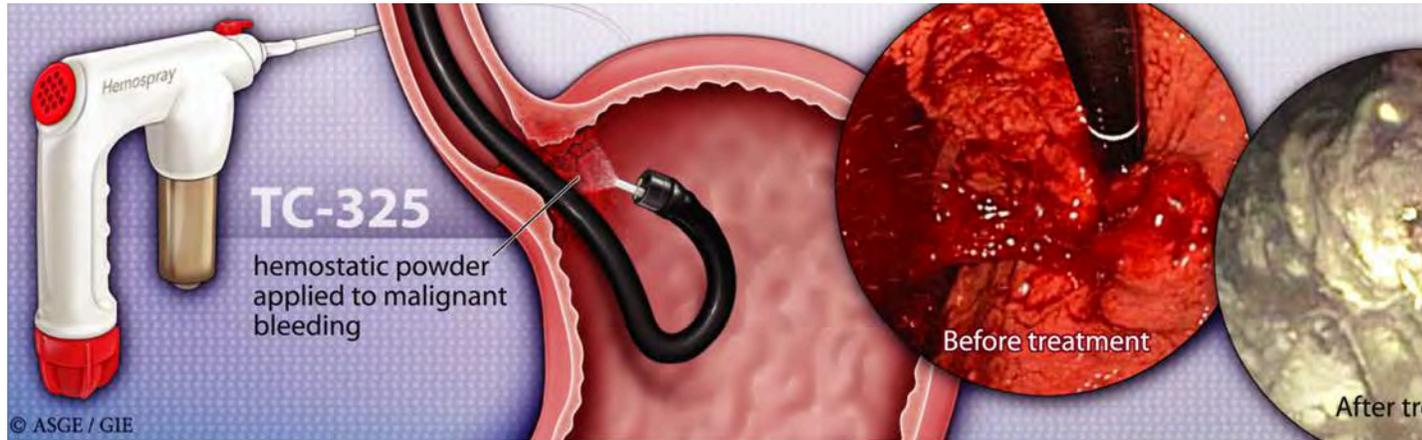
**Endoscopic Hemostasis**

Strong Recommendation  
Very Low to Moderate Quality Evidence

AJG 2021 - Guideline



# Polvo hemostático en aerosol



- Polvo inerte que se adhiere a lesiones con **sangrado activo**.
- Técnica atraumática y sin contacto → no requiere orientación específica.
- Mecanismo de acción: el polvo absorbe agua y actúa de forma cohesiva y adhesiva.
- Medida temporal → control inmediato 90%, sirve como terapia puente hacia una segunda modalidad hemostática definitiva.
- El polvo se elimina dentro de las 24 horas posteriores a su aplicación.

# The efficacy of Hemospray in managing bleeding related to gastrointestinal tumors: systematic review and meta-analysis

Hazem Abosheaishaa<sup>1</sup>, Abdalfatah Abdalfatah<sup>2</sup>, Omar T Ahmed<sup>3</sup>, Khaled Elfert<sup>4</sup>,  
Islam Mohamed<sup>5</sup>, Iyiad AlabdulRazzak<sup>6</sup>, Monzer Abdalla<sup>7</sup>, Arshia Sethi<sup>8</sup>, Omar Abdelhalim<sup>9</sup>,  
Vijay Reddy Gayam<sup>10</sup>, Saphwat Eskaros<sup>11</sup>, Brian Boulay<sup>12</sup>

- Objetivo: evaluar **eficacia** del hemospray en manejo de hemorragia tumoral.
- Metanálisis de **19 estudios**.
- Pacientes **930** hasta enero 2024.
- Hemostasia Inmediata → hemospray tasas más altas vs terapia standard (OR 17).
- Resangrado 2 y 4 semanas: tasas similares en ambos grupos.
- Necesidad de hemostasia no endoscópica: menor en Grupo Hemospray (OR 0,51).

# TC-325 Superiority in Malignant Gastrointestinal Bleeding: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Trials

Ali A Alali<sup>1 2</sup>, Rapat Pittayanon<sup>3</sup>, Myriam Martel<sup>4</sup>, Bruno Costa Martins<sup>5</sup>, Majid A Almadi<sup>6 7</sup>, Yen-I Chen<sup>7</sup>, Alan N Barkun<sup>7</sup>

**3 ensayos** clínicos randomizados con **160 pacientes**.

Resultados:

- Hemospray logró **hemostasia inmediata** significativamente superior (OR 46).
- **Menor resangrado** a los 30 días TC 325 (0,28).
- Sin diferencias en mortalidad ni necesidad de otras intervenciones.
- Análisis de subgrupos confirmó **superioridad de Hemospray**.



Anemia severa **Hb 5** gr/dL  
Sin exteriorización de sangrado  
Transfusiones GR semanales

CG IV con hemorragia aumenta la mortalidad hasta 30-50% comparado con pacientes sin sangrado.  
Es un factor independiente de mal pronóstico.

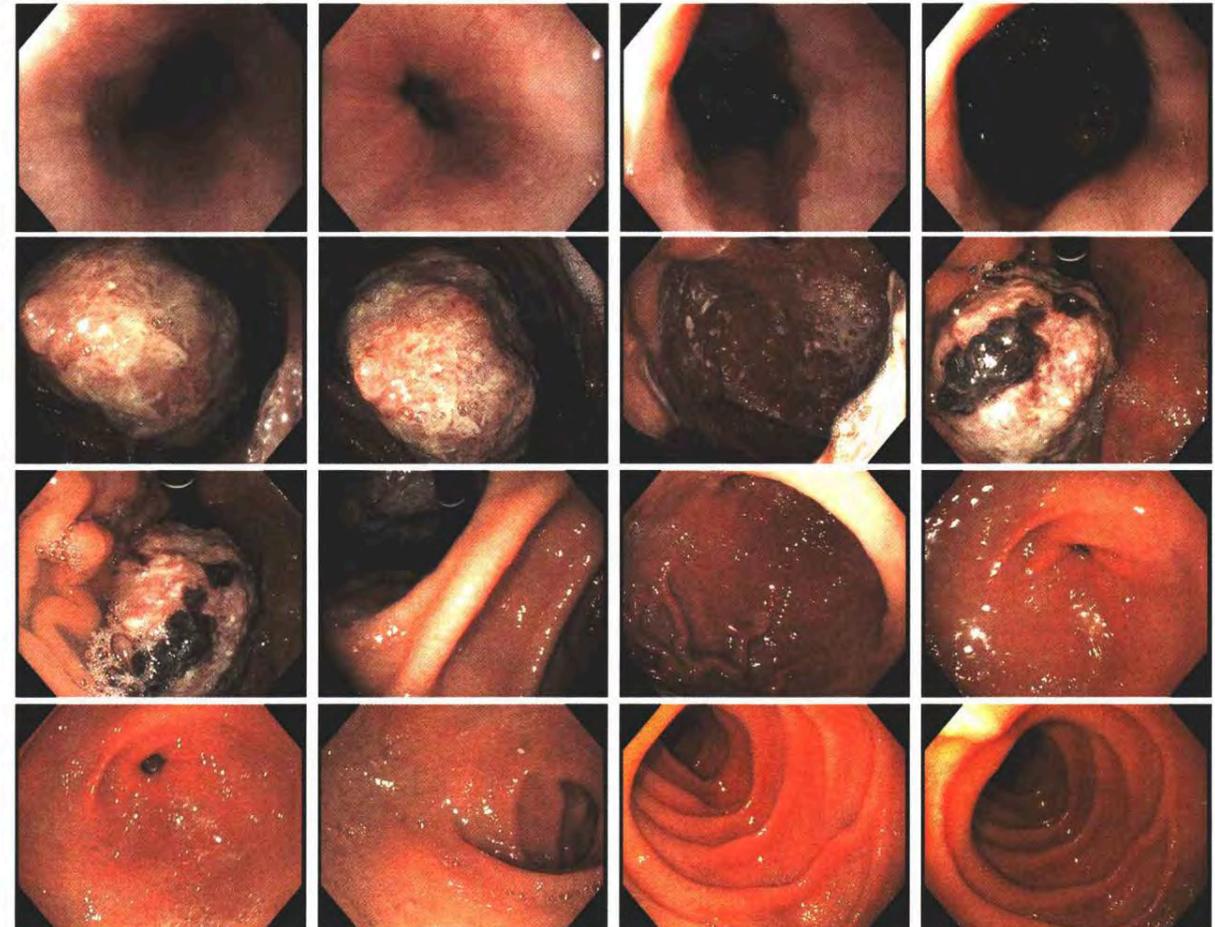
Acta Gastroenterol Latinoam 2023;53(3):291-300

## VIDEO GASTROSCOPIA

Paciente: [REDACTED]  
Edad: 21 Años, 10 Meses

Fecha de examen: 22-05-2025

Ci: [REDACTED]



### DIAGNÓSTICO PREVIO

Cancer gástrico etapa IV diagnosticado en enero 2025. Tuvo brusca caída de Hb de 8 a 5 gr/dL por lo que se solicitó esta endoscopia de control.

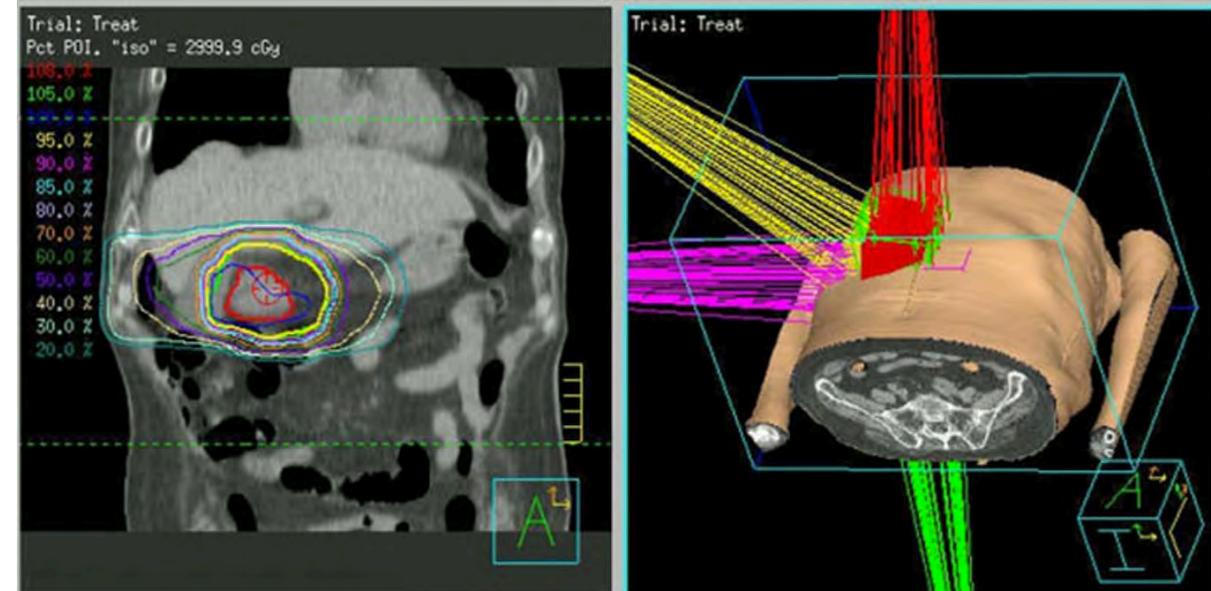


# ¿Qué más podemos hacer?

*Más allá de la endoscopia...*

# Radioterapia hemostática paliativa

- Dosis bajas de radioterapia ejercen efectos hemostáticos.
- Mecanismo de acción : agregación plaquetaria inducida por radiación, reducción de carga tumoral y fibrosis del tumor.
- Tasa de respuesta a la hemorragia 74%.
- Duración del efecto hemostático 3,8 meses.
- Dosis: 30 Gy en 10 fracciones
- Definición de RT efectiva: sin necesidad de Tx 1 mes post RT.
- Tratamiento eficaz y seguro para prevenir transfusiones repetidas por hemorragia tumoral.



Planificación representativa de radioterapia tridimensional

# Radioterapia hemostática paliativa

- **Objetivo:** describir la **efectividad** de radioterapia hemostática (RT).
- **Métodos:**
  - 17 estudios retrospectivos y 3 prospectivos.
  - Evaluación de **dosis** prescrita.
  - Evaluación **tasa** de respuesta.
  - Pronóstico de **supervivencia**.
- **Resultados:**
  - Dosis prescritas de **30 Gy/10 fracciones** y 20 Gy/5 fracciones
  - Efecto hemostático en el **80 %** → Hb > 8gr/dL
  - Tiempo medio de supervivencia post RT **3 meses**
  - Limitaciones: Es difícil determinar parámetros objetivos apropiados para evaluar la eficacia hemostática de la RT paliativa para el sangrado por CGA, debido a que no se puede hacer endoscopia seriada.
- **Conclusión:** la radioterapia paliativa es un tratamiento eficaz y seguro para prevenir la repetición de Tx por hemorragia por CGA.

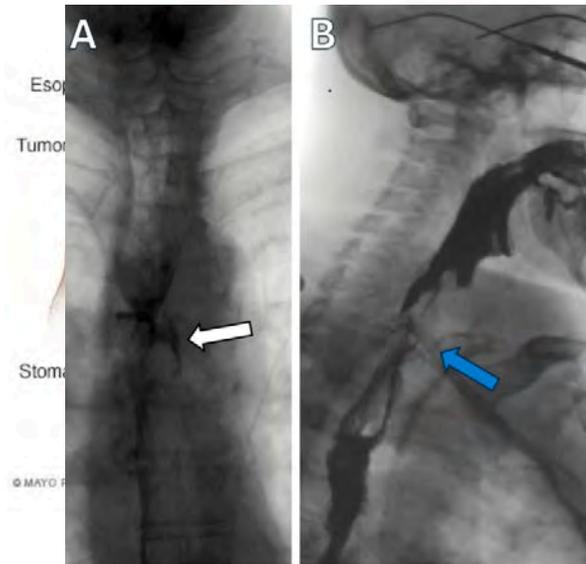
*\*Investigaciones futuras: Se requiere un ensayo aleatorizado para determinar si el tratamiento con 8 Gy/fracción única es equivalente a la radioterapia fraccionada.*



## 2. Fugas anastomóticas

## 2. Fugas post quirúrgicas

### Cáncer esófago



La detección temprana mejora el pronóstico.  
El mejor método diagnóstico es la **ENDOSCOPIA**

- Segura en endoscopistas entrenados.
- Utilizar CO2.
- Sensibilidad y Especificidad 100%
- Herramienta más eficaz en detección de fugas subcentimétricas

- En Chile **100** esofagectomías anuales.
- El **19%** tienen fugas anastomóticas.
- Tener una fuga aumenta **3 veces** la mortalidad.
- Mayor estadía hospitalaria.

### Cáncer gástrico

(B) Billroth II



(D) Roux-en-Y gastrectomy



- 1000 gastrectomías totales anuales.
- Secundarios a gastrectomía total **20-40%**.
- Fugas de la anastomosis GY.
- Fugas de la anastomosis GY ocasionan a **21%** de mortalidad.

# Management of intra-thoracic anastomotic leakages after esophagectomy: updated systematic review and meta-analysis of endoscopic vacuum therapy versus stenting



Pasquale Scognamiglio<sup>1\*</sup>, Matthias Reeh<sup>1</sup>, Nathaniel Melling<sup>1</sup>, Marcus Kantowski<sup>2</sup>, Ann-Kathrin Eichelmann<sup>3</sup>, Seung-Hun Chon<sup>4</sup>, Nader El-Sourani<sup>5</sup>, Gerhard Schön<sup>6</sup>, Alexandra Höller<sup>6</sup>, Jakob R. Izbicki<sup>1</sup> and Michael Tachezy<sup>1</sup>

Scognamiglio *et al. BMC Surgery* (2022) 22:309

- 7 estudios comparativos retrospectivos
- 338 pacientes con fuga esofágica
- Todos los estudios compararon EVT con SEMS

## Outcomes:

- TVE tasa mayor de **cierre** de fugas vs stent (OR 2,47)
- **Nº cambios** de dispositivo endoscópico más frecuente en TVE con una mediana de 3,57.
- **Duración** del tratamiento fue menor en TVE.
- Tasa de **estenosis** tras la cicatrización, menor en el grupo de TVE (OR: 0,22)
- Tasa de **fístula esofagotraqueal**, sin diferencias.
- **Estadía** hospitalaria, sin diferencias.
- Tasa de **revisión quirúrgica**, sin diferencias.
- **Mortalidad** hospitalaria, sin diferencias.
- Complicaciones, sin diferencias.

STUDY PROTOCOL

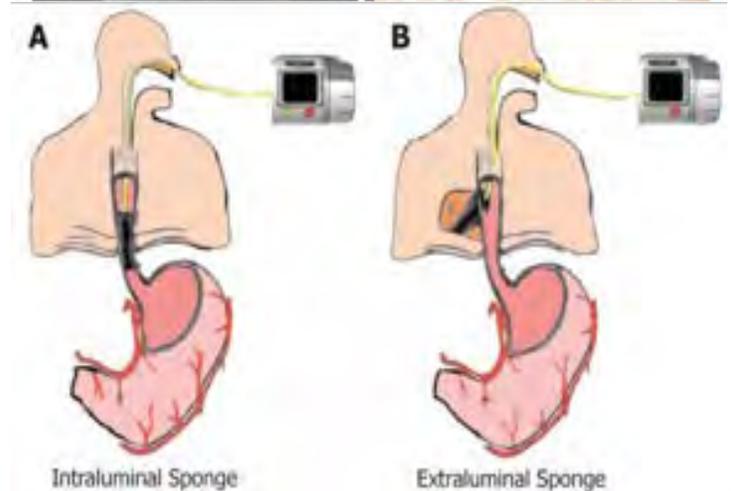
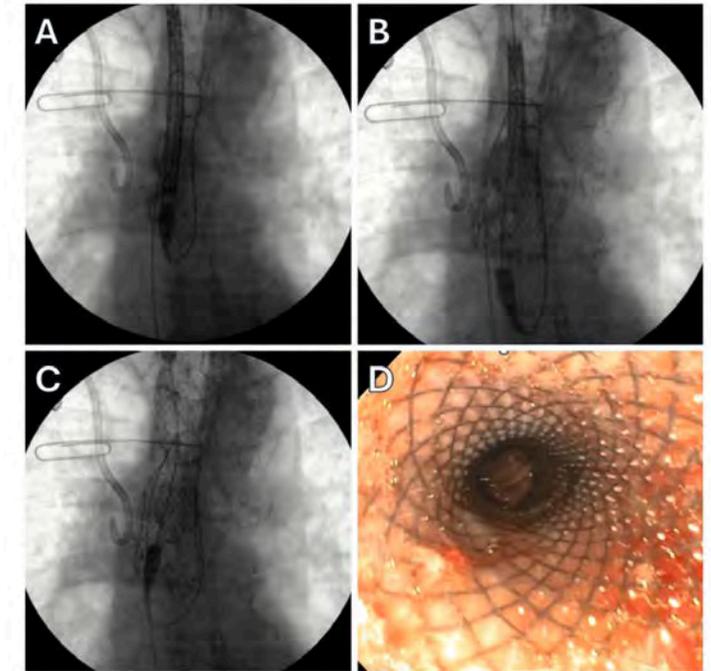
Open Access



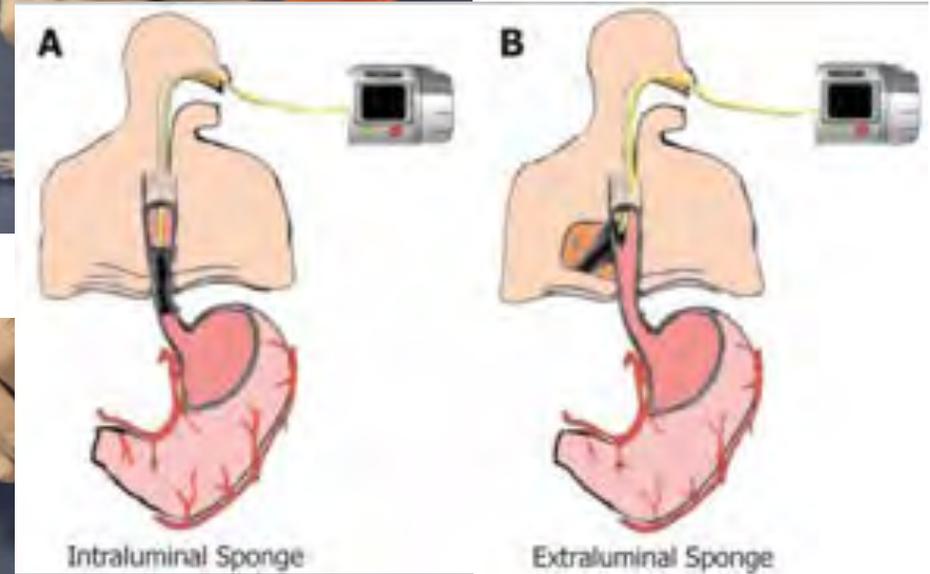
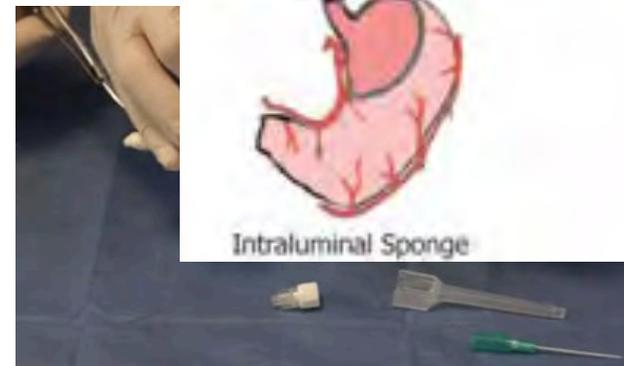
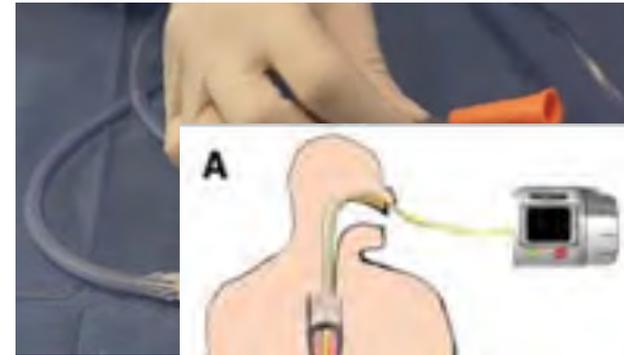
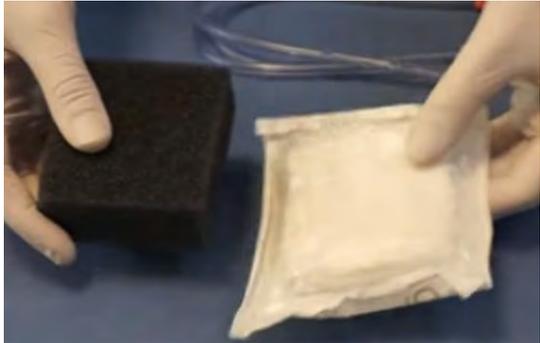
# Endoscopic vacuum therapy versus stent treatment of esophageal anastomotic leaks (ESOLEAK): study protocol for a prospective randomized phase 2 trial

Michael Tachezy<sup>1†</sup>, Seung-Hun Chon<sup>2†</sup> , Isabel Rieck<sup>3</sup>, Marcus Kantowski<sup>4</sup>, Hildegard Christ<sup>5</sup>, Karl Karstens<sup>1</sup>, Florian Gebauer<sup>2</sup>, Tobias Goeser<sup>3</sup>, Thomas Rösch<sup>4</sup>, Jakob R. Izbicki<sup>1</sup> and Christiane J. Bruns<sup>2\*</sup>

- Primer ensayo prospectivo aleatorizado de fase 2 a pequeña escala que evalúa la calidad de vida tras el tratamiento de fugas anastomóticas con SEMS o TEV.
- 2 centros médicos alemanes
- 40 pacientes en un plazo de 2 años con dg de cáncer esófago operado Ivor Lewis
- Verificación endoscópica de la fuga anastomótica
- Luego aleatorizaron en una proporción 1:1 en dos grupos:
  - Grupo intervención – TEV
  - Grupo Control – SEMS
- Outcome principal: calidad de vida evaluada por el paciente.
- Outcomes secundarios: tasa de curación, período de hospitalización, complicaciones relacionadas con el tratamiento y la mortalidad general.



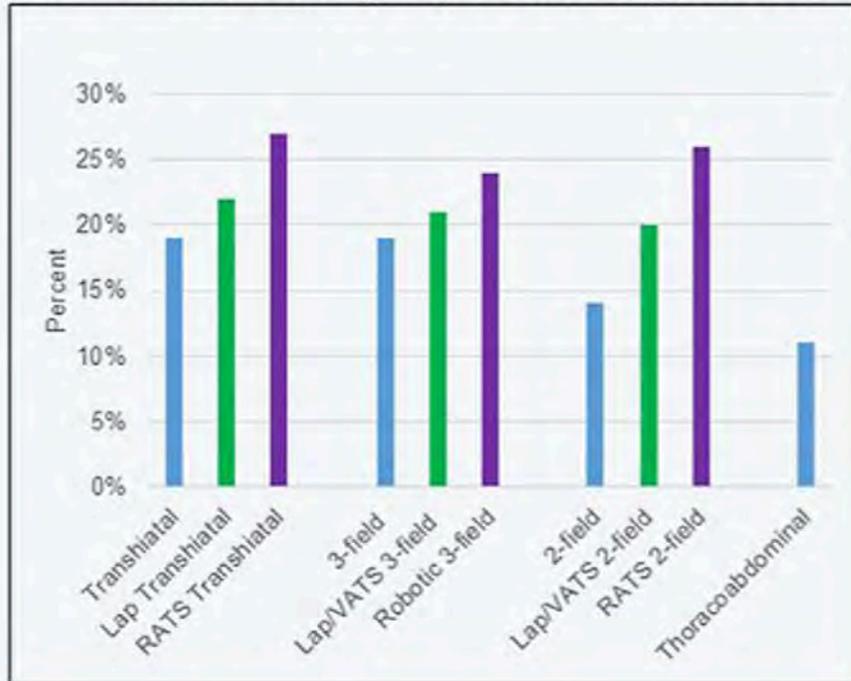
# Como hacer una eVAC



# Anastomotic Leak after Esophagectomy – Analysis of the STS General Thoracic Surgery Database

**Methods:** Retrospective cohort analysis of 18,419 patients who underwent esophagectomy with gastric reconstruction from 2009-2021 using the STS GTSD

Percent Leak by Operative Approach



Predictors of Anastomotic Leak

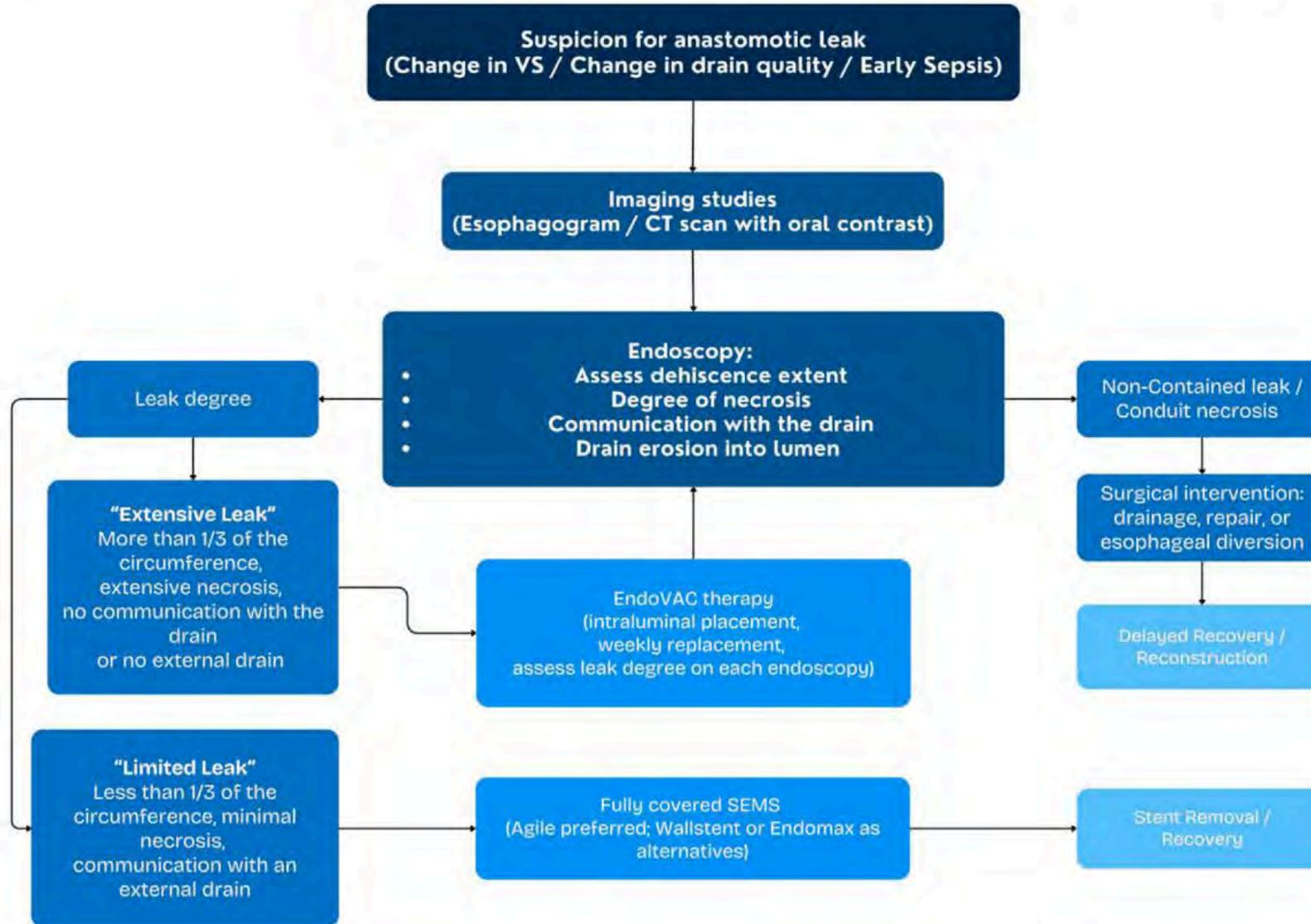
Covariate	OR	95% CI	p-value
Obese (BMI>30)	1.27	1.16-1.38	<0.001
Current/former smoker	1.26	1.15-1.37	<0.001
Hypertension	1.12	1.03-1.22	0.008
Cerebrovascular Disease	1.20	1.03-1.39	0.021
Diabetes Mellitus	1.14	1.04-1.25	0.006
Pulmonary Hypertension	1.45	1.05-2.01	0.023
<b>Operation</b>			
Transhiatal	1.35	1.17-1.55	<0.001
3-field	1.46	1.25-1.70	<0.001
2-field	Ref		
Thoracoabdominal	1.03	0.78-1.37	0.837
MI 2-field	1.29	1.01-1.64	0.043
MI Transhiatal	1.39	1.04-1.86	0.027
MI 3-field	1.40	1.06-1.85	0.016
<b>Operative Approach</b>			
Open	Ref		
Minimally invasive (VATS)	1.04	0.80-1.34	0.775
Minimally invasive (Robotic)	1.28	1.03-1.59	0.027
Operative Time, hours	1.05	1.03-1.08	<0.001
<b>Volume Quartile</b>			
1 (1-6 cases/year)	1.21	0.86-1.70	0.265
2 (7-14 cases/year)	1.20	0.84-1.72	0.312
3 (15-29 cases/year)	0.97	0.66-1.43	0.892
4 (30-66 cases/year)	Ref		

**Conclusion:** Obesity, diabetes, smoking, pulmonary hypertension, and a cervical anastomosis are risk factors for anastomotic leak regardless of disease etiology

18.400 pacientes Cx Ivor Lewis  
Periodo: 2009 -2021  
Tasa de fuga: 19%  
Mortalidad con fuga 7%  
Mortalidad sin fuga 4%  
Reintervencion con fuga 60%

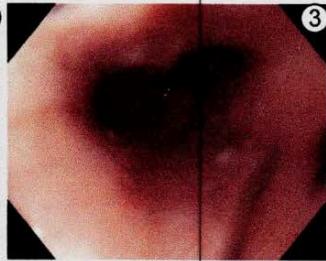


Mejor ASA y defecto < 1 cm  
> éxito endoscópico

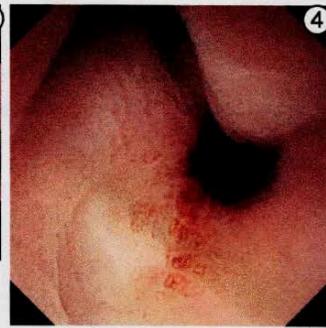




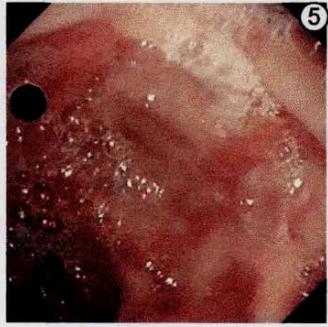
**anastomosis esofago**



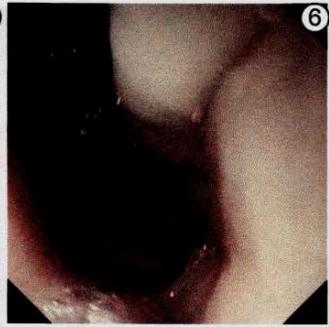
**estomago ascendido**



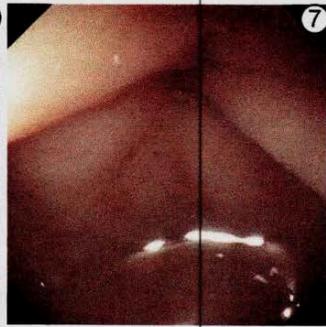
**filtracion a 35 cm**



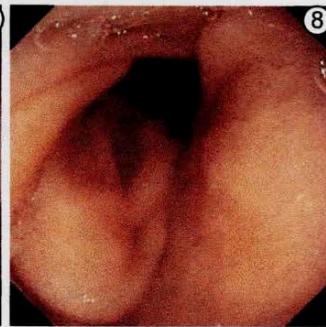
**estomago distal a la**



**estomago isquemico**



**píloro**



**bulbo**



**segunda porción**



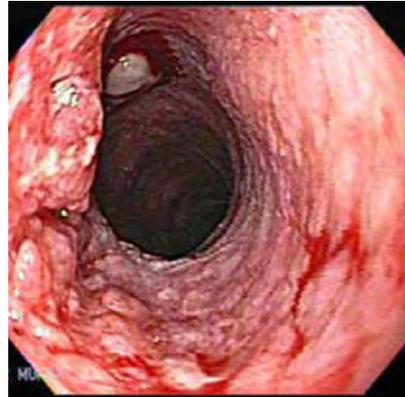


# 3. Gastrostomía Endoscópica Percutánea

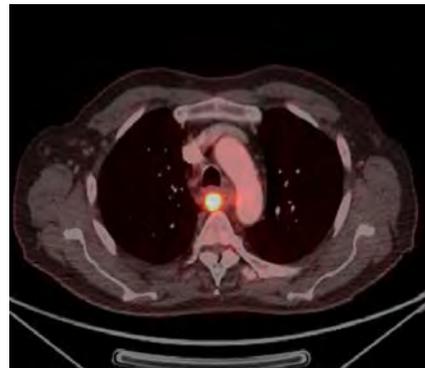
Comité oncológico: QT 5 ciclos + RT 40 Gy



77 años  
Disfagia 6 meses  
Baja de peso 8 Kg  
IMC 18 Kg/m<sup>2</sup>  
Sarcopenia  
ECOG 2



Carcinoma escamoso de 3 cm en esófago superior



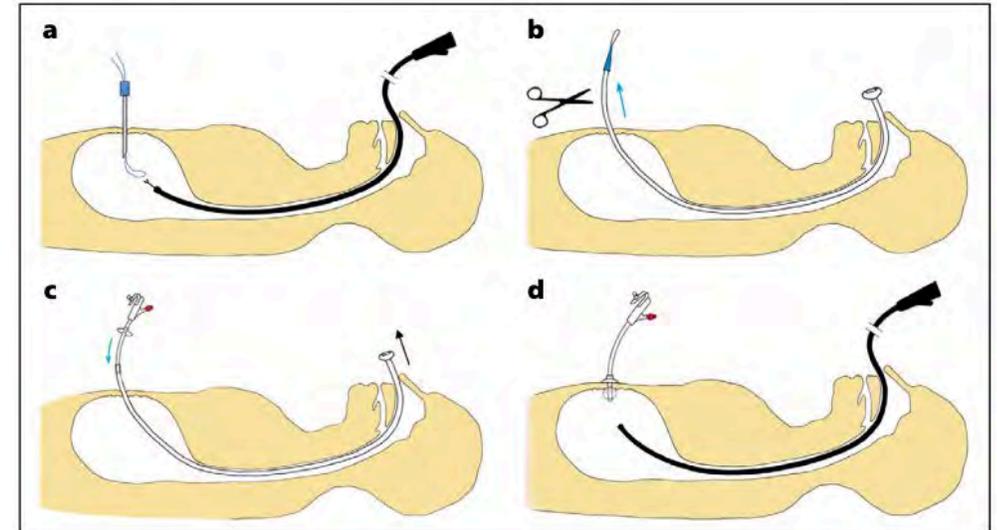
PET sin diseminación  
T2N0M0

- WARNING!**
1. Grave...
  2. ...
  3. ... suficiente
  4. ... de masa muscular

- Desnutrición afecta 25-75% de los pacientes con cáncer.
- Peor pronóstico, mortalidad 2 a 5 veces mayor.
- Menor tolerancia a tratamientos antineoplásicos.
- Peores resultados post operatorios.
- Optimizar estado nutricional antes de tratar.
- Utilizar Evaluación Global Subjetiva Generada por el Paciente: puntaje > 9 requiere intervención

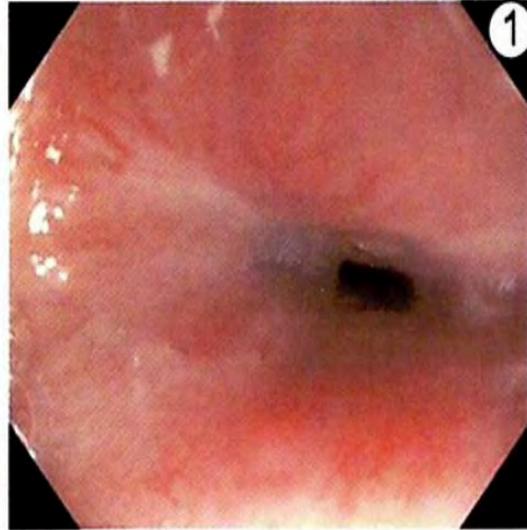
# Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP)

- Asegura nutrición óptima mientras dura la QT/RT
- En pacientes con neoadyuvancia → contraindicado el stent.
- Stent sólo en pacientes que no serán operados por riesgo aumentado de fístulas.
- GEP es la técnica de preferencia en disfagia maligna Iniciar alimentación enteral precoz (4 horas post-GEP)
- No es necesario suspender terapia antiplaquetaria.
- En pacientes anticoagulados, puede no requerir suspensión. Evaluar riesgo individual.
- Técnicas alternativas se reservan cuando GEP está contraindicada.
- Cefazolina profiláctica monodosis.





6 meses post RT  
Mayor disfagia



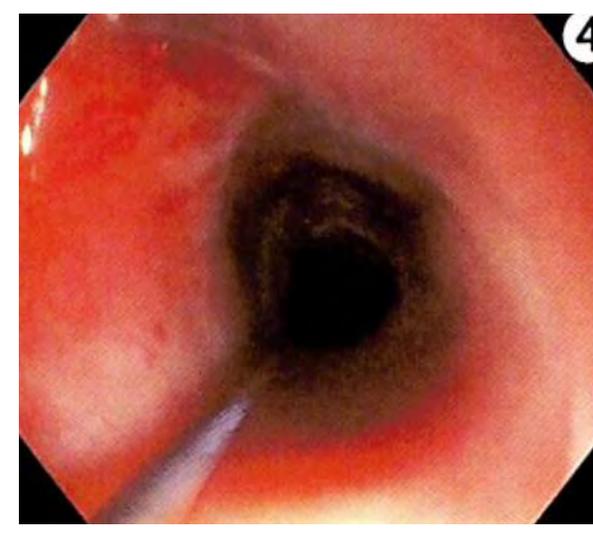
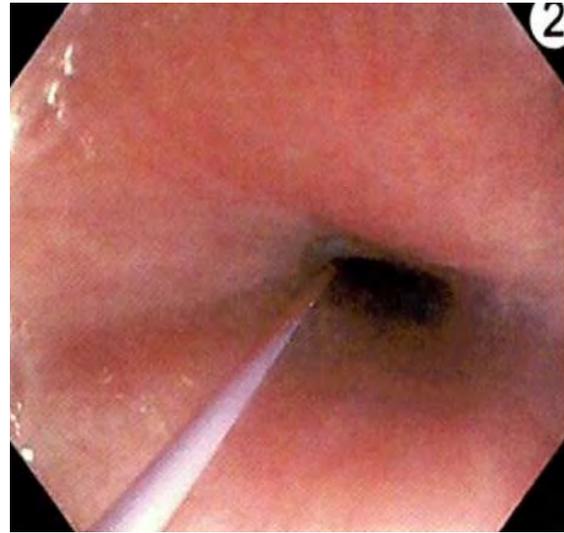
Estenosis esofágica 6 mm





# 4. Estenosis esofágicas benignas

# Estenosis Benignas Post Radioterapia



Balones neumáticos control más preciso del calibre.

Calibre inicial 8-10 mm.

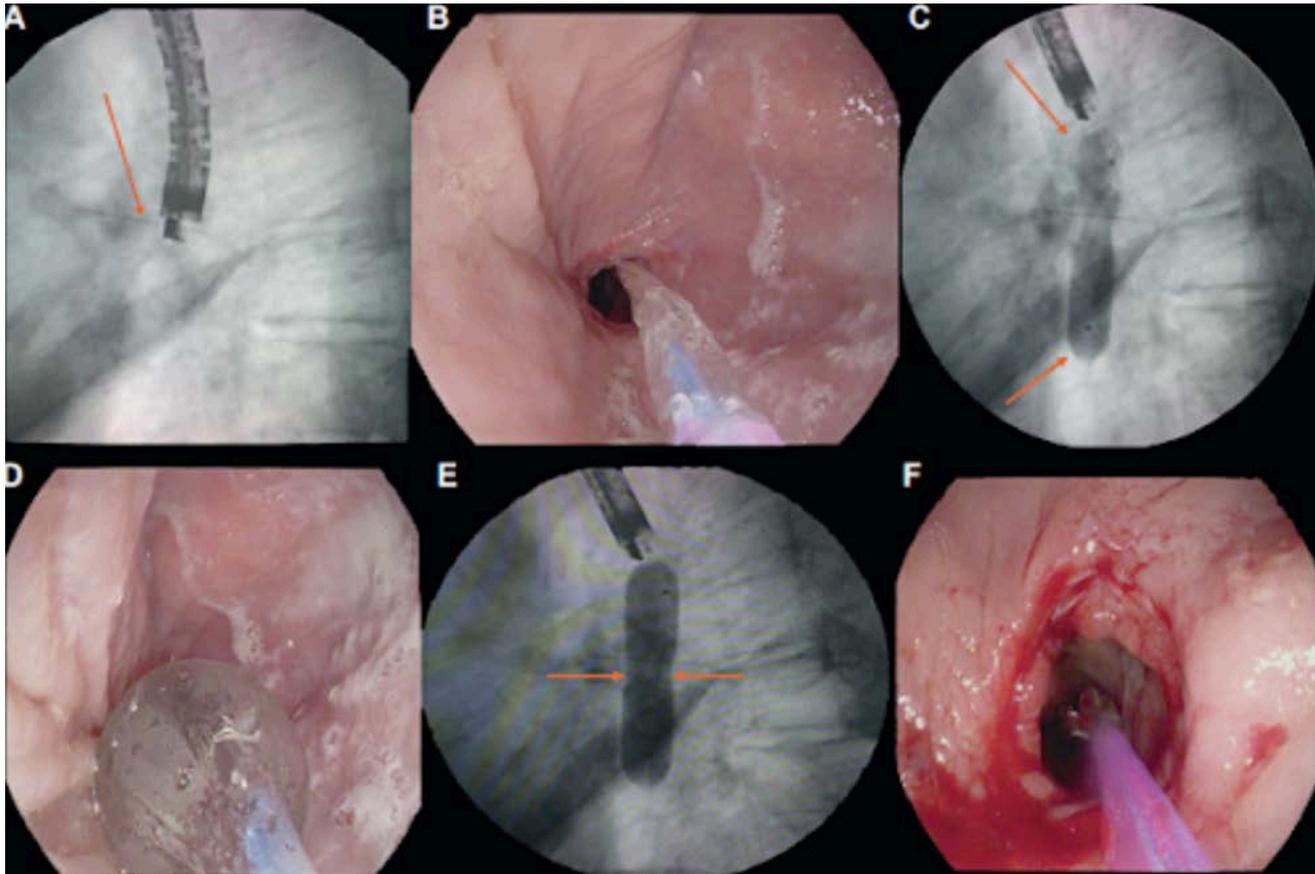
Incrementos graduales 2 mm por sesión.

Objetivo: 15-18 mm

No aumentar el diámetro > 3 mm por sesión para reducir el riesgo de perforación.

Intervalo: cada 2 semanas.

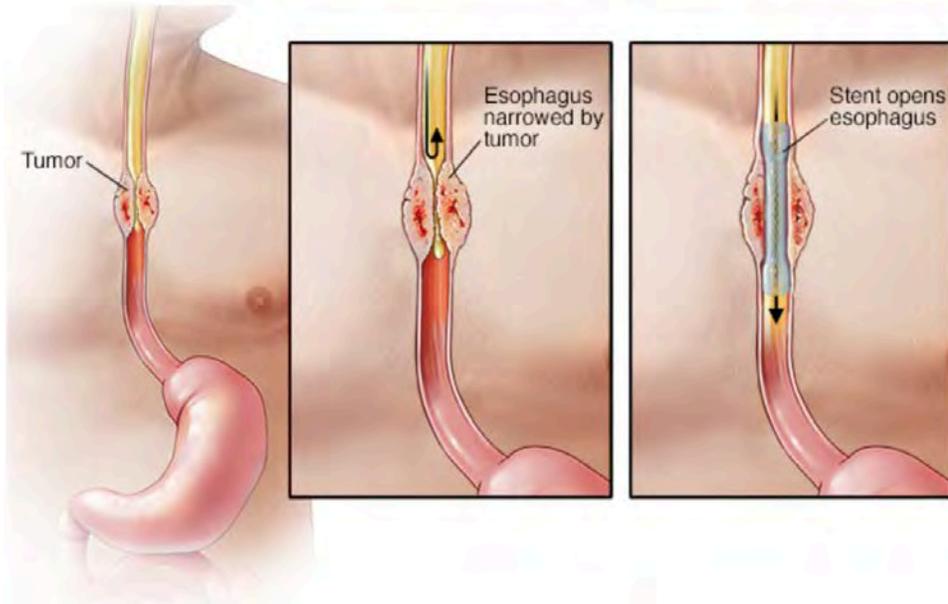
Complicaciones: perforación 0,1-0,4%, sangrado y dolor.





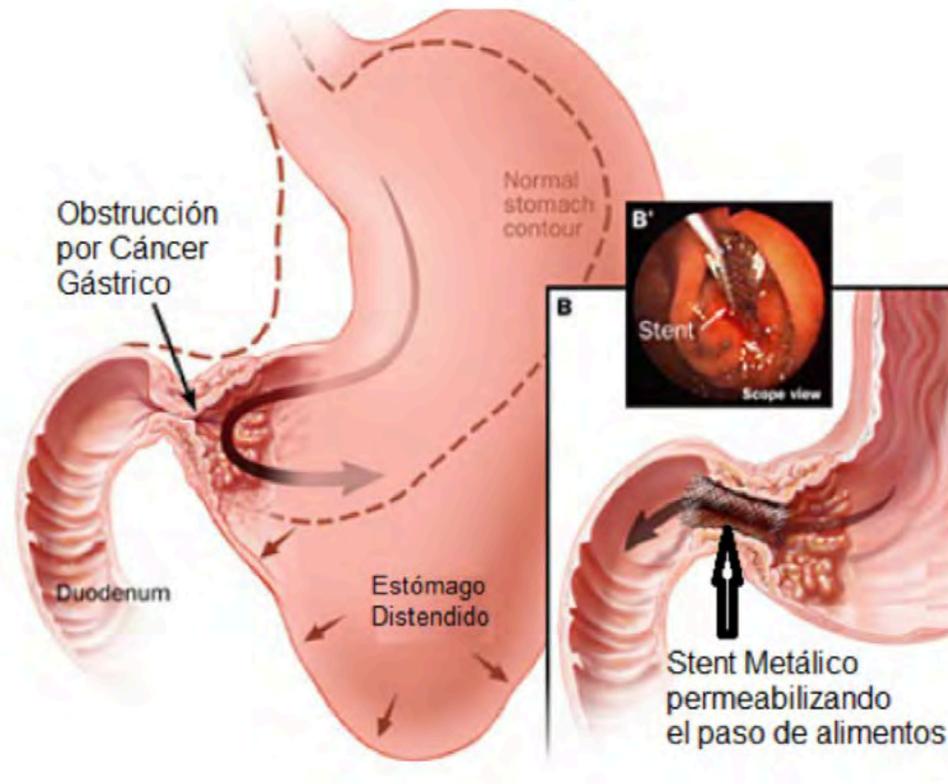
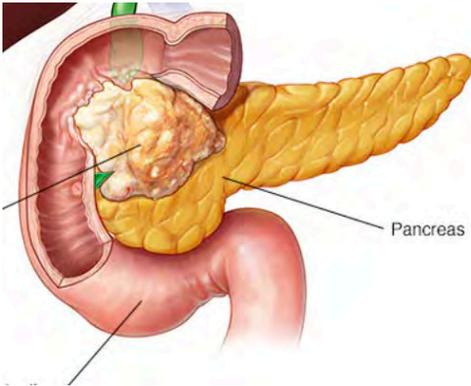
# 5. Estenosis esofágicas malignas

# Cáncer de esófago inoperable



- Debe cubrir 2cm hacia proximal del tumor y 2 cm hacia distal.
- Stent pequeño 16-18 mm diámetro
- Stent grandes 20-23mm aumenta riesgo de hemorragia y perforación.
- Complicaciones: migración
- Se prefieren los totalmente cubiertos o parcialmente cubierto + método de anclaje.
- No usar un stent **descubierto**.

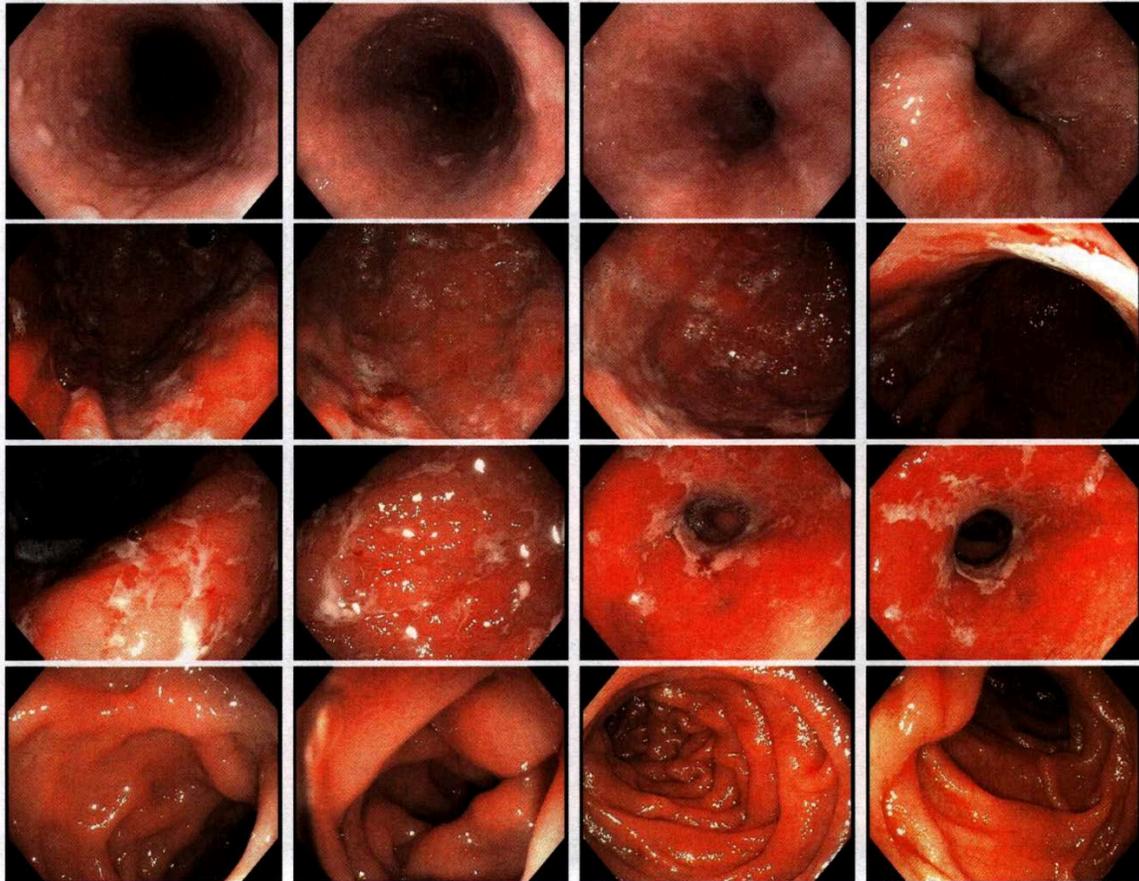
# Obstrucción a la salida gástrica



- Considerar una gastroyeyunostomía laparoscópica.
- Stent en expectativa de vida <2 meses.
- Stent obstrucción recurrente y más reintervenciones.



# 6. Gastritis inmunomediada



**DIAGNÓSTICO PREVIO**

Dolor abdominal. Tratamiento con inmunoterapia.

Lei H, Sun W, Liu X, Wang C. Clinical characteristics and outcomes of pembrolizumab-induced gastritis: systematic review. *J Gastrointest Cancer*. 2024;55(3):1-8.

Pembrolizumab: anticuerpo monoclonal que se une a la proteína PD-1 en los linfocitos T, impidiendo que ésta se una a sus ligandos.

Incidencia de gastritis por IT es entre 0.8–1.1 %<sup>1</sup>.

Mediana de aparición 11.1 meses o 7 ciclos<sup>1</sup>.

**Sintomatología principal:**

- epigastralgia (61.5 %),
- náuseas (43.6 %)
- vómitos (41.0 %)
- dispepsia (38 %),

**Tratamiento:**

- Suspensión temporal de pembrolizumab.
- Prednisona 1 mg/kg/día 4-6 semanas + IBP. Mínimo 8 semanas
- Reevaluación clínica cada 1–2 semanas.
- EDA con biopsia a 4 semanas.



# Desafíos de la endoscopia en pacientes oncológicos

Dra. Ignacia Villarroel Piedra

Fundación Arturo López Pérez

Hospital Clínico San Borja Arriarán



**AMECH**  
AGRUPACIÓN DE MUJERES EN ENDOSCOPIA

# PRIMER ENCUENTRO




**JULIO 24**  
17:00-18:30 HRS  
SALON EUROPA

**BRINDIS POR NOSOTRAS**  
PRESENTACIÓN  
Y PLAN DE ACCIÓN



PATROCINADO POR:




FUNDADORAS

**¡¡TODOS INVITADOS!!**