TO/O - 01

"HOT BIOPSY": UN METODO SEGURO

Mediavilla, R(1); Pasqua, A(1); Dutack, A(1); Merlin, M(1); Poczter, N(1); Weinstock, D; Varsky, C(1)
(1)Centro de Gastroenterologia y Endoscopia Digestiva, Consultorios Medicos Privados, Ramos Mejia. Argentina.

Introducción. Se ha mencionado frecuentemente el uso de la pinza de "hot biopsy" con complicaciones como dolor, sangrado y perforación, especialmente cuando es empleada en colon derecho. En la práctica diaria y luego de una larga experiencia en su implementación hemos observado que es segura y efectiva al ser utilizada con la técnica adecuada. Objetivo. Determinar la seguridad en la utilización de la pinza de "hot biopsy" para la realización de polipectomías en lesiones menores o iguales a 5 mm, hemostasia-esclerosis y resección de los bordes luego de una mucosectomía. Materiales y métodos. Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, de las potenciales complicaciones que pudieran ocurrir al emplear la pinza de "hot biopsy" durante las colonoscopias y endoscopias digestiva altas realizadas entre septiembre de 2009 y marzo de 2010. Los pacientes fueron incluidos independientemente de la indicación del estudio endoscópico y sin selección previa. Se efectuó un control telefónico a la primera y cuarta semana del procedimiento y se interrogó a cerca de la presencia de sangrado, dolor, fiebre u otro síntoma asociado. Se consignó el tipo de utilización de la pinza de "hot biopsy", la localización de la lesión tratada, la histopatología de la lesión y el tratamiento de lesiones concomitantes con otras técnicas. Resultados. Se realizaron 1599 endoscopías: 873 colonoscopías y 726 endoscopias digestivas altas. Se utilizó la pinza de "hot biopsy" en 116 pacientes. El 61% eran mujeres y la edad promedio fue de 58 años. La pinza de "hot biopsy" se implementó en 141 polipectomías, 15 procedimientos de hemostasia y en 9 pacientes se usó para resecar los bordes luego de una mucosectomía. El 43% de las lesiones tratadas se encontraban en ciego, colon ascendente y ángulo hepático. Se objetivo una única complicación: una hemorragia aguda leve que fue tratada con un clip metálico. Conclusión. La tasa de complicaciones con la utilización de la pinza de "hot biopsy" en nuestro estudio fue baja, incluso en colon derecho, lo que confirma nuestra experiencia en cuanto a la seguridad en la utilización de esta técnica. Si bien el número de pacientes es escaso, creemos que no está concluido el rol de la pinza de "hot biopsy", debiendo realizarse nuevos estudios controlados con un mayor número de casos y evaluar su costo/beneficio, para poder determinar el verdadero papel de esta herramienta.

TO/O - 02

COLANGIOPANCREATIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA Y EMBARAZO, NUESTRA EXPERIENCIA EN 35 PACIENTES

Salim, RS(1); Jayat, RE(1); Perez Zannier, A(1); Ulivarri, FJ(1)
(1)Hospital Público Materno infantil. Argentina.

Introducción. La CPRE en manos experimentadas, es un método seguro y eficaz para la resolución de la patología biliar obstructiva durante el embarazo. Presentamos un estudio descriptivo y prospectivo, sobre 35 pacientes tratados en un Hospital Público Materno Infantil, con un promedio de 8000 nacimientos anuales, entre Junio de 2001 y Abril de 2010. Objetivo. Evaluar las indicaciones y resultados de la CPRE, en la resolución de la patología biliar durante el embarazo y la morbimortalidad materno infantil. Material y método. Se incluyeron en forma prospectiva, entre Junio de 2001 y abril de 2010, 35 pacientes embarazadas con patología biliopancreática. Las edades de las pacientes oscilaron entre 15 y 45 años con una media de 26.5. Las indicaciones para CPRE fueron: 8 pancreatitis, 6 colangitis y 21 síndromes coledocianos. En 30 pacientes la indicación de la CPRE fue de urgencia. En los 5 restantes, electiva. En todos los casos se realizaron controles clínicos, obstétricos y ecográficos antes y después de los procedimientos. Cinco fueron tratadas en el 1º trimestre, 17 en el 2º y 13 en el 3º trimestre. Como metodología terapéutica, la CPRE se realizó previa a la colecistectomía, según la evolución clínica y tiempo de gestación, se eligió el momento quirúrgico (durante o después del embarazo), y como única indicación en la colecistectomizada. Se realizó CPRE con mínima fluoroscopia. Resultados. En 8 de las pacientes con evidencia previa de litiasis coledociana, hubo migración espontánea. De 26 pacientes con coledocolitiasis, en 24 se realizó la extracción de todos los cálculos (17 cálculos únicos y 7 litiasis múltiples). En los 2 restantes, con cálculo grande, colédoco distal fino y colangitis, se colocaron prótesis de 10 Fr. Un paciente presentó quiste de colédoco Tipo I. 5 pacientes estaban colecistectomizadas previamente,16 se colecistectomizaron después de la CPRE. En 6 pacientes no se pudo realizar el seguimiento.8 se operaron en el puerperio. Complicaciones: 1 colecistitis. 1 amenaza de parto prematuro y 1 hipercontractilidad uterina, que resolvieron con tratamiento médico. 1 aborto espontáneo a las 72 hs en el 1° trimestre. 1 paciente con embarazo de alto riesgo, feto muerto y retenido a 42 días de la CPRE y colecistectomía videolaparoscópica. 1 paciente con 34 semanas de gestación, con síndorme coledociano, feto muerto y retenido, con trastornos de la coagulación, 72 hs después. Hay 4 pacientes que aun no llegaron al término del embarazo. Conclusión. La CPRE demostróse eficaz, segura y con mínimas complicaciones. No se observaron hemorragia, pancreatitis ni perforación, solo una complicación inherente a la misma, (colecistitis). ¿La CPRE con o sin colecistectomía subsecuente, son responsables de algunas de las complicaciones enunciadas en este trabajo? ¿Las morbimortalidad materno infantil, es una consecuencia de los procedimientos terapéuticos o de la severidad de la patología de base?

TO/O - 03

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES DEL ANILLO EN BYPASS GÁSTRICO

Campos, J(1); Galvao Neto, M(2); Souza, C(1); Evangelista, L(1); Siqueira, L(1); Ferreira, H(1); Ferraz, A(1); Ferraz, E(1)
(1)Hospital das Clinicas - Recife, Pernambuco (2)Gastro Obeso Center - San Pablo. Brasil.

Introducción. A pesar de los benefícios del anillo en bypass gástrico, éste puede causar migración, deslizamiento o estenosis del pouch gástrico, complicaciones que eran tratadas con reoperaciones. La terepeutica endoscópica en esta patologia está siendo promisoria. Objetivo. Presentar los resultados de este tratamiento en las mencionadas complicaciones. Métodos. Fueron analizados retrospectivamente 84 pacientes, presentando migración en 38, deslizamiento en 19 y 27 con estenosis; 77,7% eran mujeres con una edad media de 43 años. Los pacientes con migracion presentaron reganancia de peso en (42,1%), signos obstructivos (13,1%), dolor (36,8%) y sangrado (7,8%). Existió asociacion de migración y fístula gastrogastrica en 10 casos. Los pacientes con deslizamiento y estenosis tenían vomitos y pérdida excesiva. Resultados. En los casos de migración hubo cura despues de la sección endoscópica del anillo con tijera y retirada del mismo con pinza. En cuanto a los deslizamientos, 7 eran parciales, 12 totales y todos fueron tratados por dilatacion de la bolsa gástrica y del anillo con balón de 30 mm. En el primer grupo fueron realizados en media 1.8 sesiones de dilatación, con ruptura del hilo del anillo en 14% de los pacientes, los cuales presentaron una reganancia de peso de 3,5 kg en 12 meses como media. El grupo con deslizamiento en total realizó una media de dos sesiones con ruptura del hilo en el 100%, presentando una reganancia de peso de 11 kg con una media de seguimiento de 13 meses. En el grupo de estenosis, la compresión extrínseca del anillo tenía un diámetro interno medio de 10 mm. Remitieron los vómitos en 92,6% después de dos sesiones de dilatación, en media con ruptura del hilo en el 81.5%, presentaron aumento del IMC de 22,5 a 25 kg/m2. Se presentó sangrado autolimitado em 2 casos. Conclusiones. La endoscopía es una solución para las mencionadas complicaciones en el 93% de los casos, siendo una alternativa segura y eficaz a pesar de la reganancia de peso en la mayoria de los pacientes.

TO/O - 04

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA CON BALON INTRAGÁSTRICO Y EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Tobal, F(1); Tobal, D(1); Manzanos, I(2); Jordi, P(2)
(1)GENBA (Gastroenterologia y Endoscopia de Buenos Aires) (2)CEM (Centro de Endocrinologia y Metabolismo). Argentina.

Introducción. La obesidad es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a el 30% de la población. Diversos tratamientos nutricionales,medicamentosos,endoscópicos y quirúrgicos son utilizados para tratarla.La colocación temporaria del Balón Intragástrico (BIG) aumenta mundialmente año a año.Sin embargo,existen escasos reportes sobre la eficacia de dicho tratamiento en nuestro medio. Objetivo. Evaluar la eficacia del tratamiento con BIG y asesoramiento interdisciplinario en nuestro medio. Pacientes y métodos. Estudio prospectivo donde fueron incluidos consecutivamente pacientes obesos en quienes se realizo tratamiento interdisciplinario con BIG.Los criterios de inclusión fueron: pacientes con obesidad moderada o severa (IMC entre 30-40)de más de 3 años de evolución con fracaso de tratamiento médico y/o medicamentoso previo con capacidad de cumplimiento, motivación y comprensión del tratamiento.Fueron excluidos aquellos pacientes con obesidad secundaria,cirugía gástrica previa,hernia hiatal mayor de 5 cm, patología subyacente grave no relacionada con obesidad,trastornos psicopatologicos importantes,inadecuada comprensión de las características del procedimiento y expectativas no realistas ante el tratamiento o con escasa probabilidad de modificar sus hábitos de vida. Luego del período de admisión se colocó el Balón Intragástrico Bioenterics con 500-700 ml de solución fisiológica y azul de metileno. Todos los procedimientos se realizaron en forma ambulatoria y los pacientes ingresaron en un programa interdiciplinario con asesoramiento clínico, nutricional, psicológico y físico individual por un período máximo de 6 meses. Resultados. Fueron incluidos 14 pacientes (F 7 /M 7; edad media 42 años (rango 19-66)). Antes del comienzo del tratamiento, la media de peso (+/- ds) fue de 105,7 kg(+/- 18.5) mientras que la media de IMC fue de 37.6(+/- 1.7). Todos los pacientes presentaban comorbilidades asociadas a su obesidad.El tiempo promedio de colocación del balón fue de 12 min, mientras que el de extracción fue de 40 min. La duración del tratamiento de 5.4 meses promedio. Al finalizar el mismo, la media de peso fue de 72.5(+/- 7.5), mientras que la media de IMC fue de 29 (+/-2.7). El promedio de descenso de peso fue de 23 kg (+/- 3.8). El porcentaje de reducción de peso global fue del 25%. En todos los pacientes se objetivo una mejoría de sus comorbilidades asociadas (mejor control y/o menor requerimiento de medicación). Los efectos adversos más comunes fueron nauseas y dolor abdominal que duraron menos de 72 hs en un 40% de los pacientes. No se registraron complicaciones mayores. Conclusiones. Luego del tratamiento con BIG todos los pacientes presentaron una significativa reducción de peso e IMC, así también como una mejoria de sus comorbilidades. La colocación de BIG y asesoramiento interdisciplinario es una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de obesidad moderada y severa. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes y seguimiento a largo plazo.

TO/O - 05

GASTROENTEROANASTOMOSIS CON MAGNETOS OVALES; ESTUDIO EXPERIMENTAL

Bianchi, ES(1); Baroni, L(1); Yantorno, M(1); Chavero, P(1); Bernedo, A(1); Martinez, H(1); Chopita, N(1); Baschar, H(1); Diez, M(1); Aguirre, A(1)
(1)HIGA San Martin La Plata.

Introducción. Frecuentemente los pacientes con obstrucción al tracto de salida gástrico debida a una etiologia maligna, requerían una gastroenteroanastomosis por vía quirúrgica. Actualmente el desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas permitido la realización de una anastomosis gastroentérica con dispositivos magnéticos. Hasta el momento se utilizaron magnetos de tipo circular que requerían la colocación de una endoprotesis para evitar el cierre de la fistula gastroentérica. Desarrollamos un estudio experimental prospectivo en modelos porcinos vivos que compara la eficacia de dos tipos de magnetos: circulares y ovales. Objetivos. Evaluar la tasa de oclusión de la anastomosis gastroenterica creada con un nuevo magneto de distinta forma y tamaño. Comparar si hay diferencias significativas en la ganancia de peso en los cerdos sometidos a la gastroenteroanastomosis con los dos tipos de magnetos. Materiales y métodos. Los magnetos ovales son de mayor tamaño (eje mayor de 32 mm; eje menor 16 mm) comparado con los magnetos circulares usados hasta el momento (diámetro 14 mm). Un total de seis animales (cerdos) serán utilizados en este estudio. Tres serán usados para evaluar la anastomosis formada por los magnetos ovales y tres serán los controles en los cuales la anastomosis se realizara con los magnetos circulares. Cada uno de los cerdos será evaluado a los 15 y 30 dìas para verificar el estado de la anastomosis. Como método estadístico se utilizara el Test de Student. Resultados. Las tres gastroenteroanastomosis realizadas con los magnetos circulares en el control a los 15 días se encontraron cerradas; mientras las que se realizaron con los magnetos ovales permanecieron abiertas con un diámetro de 8 mm y en el control siguiente a los 30 días presentaban una apertura de 6 mm. Conclusión. Este trabajo demuestra que los nuevos magnetos que presentan un tamaño mayor y forma distinta, mejora la tasa de apertura de la gastroenteroanastomosis. Con respecto a la ganancia de peso, las diferencias no son significativas en los dos grupos de cerdos (P = 0.467).
Faltarían nuevos diseños de magnetos que permitan un mayor diámetro de la gastroenteroanastomosis para evitar la colocación de endoprótesis.

TO/O - 06

ESTUDIO ACERCA DE LA PREVALENCIA DE DISPLASIA Y CÁNCER EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

Pereyra, L(1); Luna, P(1); González, R(1); Caldo, I(1); Fischer, C(1); Mella, JM(1); Vizcaino, B(1); Medrano, M(1); Mohaidle, A(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. El esófago de Barrett (EB), definido como la presencia de epitelio metaplásico de tipo intestinal en esófago, representa una condición preneoplásica. Objetivos. Los objetivos de este trabajo fueron determinar la prevalencia de displasia y cáncer en el esófago de Barrett, e identificar las características clínicas y endoscópicas capaces de predecirlos. Material y métodos. Se relevó en forma retrospectiva la base de datos del Servicio de Endoscopía de un hospital de comunidad entre enero de 2003 y marzo de 2010, identificando a aquellos pacientes con diagnóstico histológico de esófago de Barrett. De los reportes se obtuvo información acerca de la presencia de esofagitis, longitud del epitelio columnar, y presencia de lesiones focales en el mismo. Contactamos telefónicamente a los pacientes para consignar diversos datos clínicos: índice de masa corporal (IMC), diabetes, dislipemia, existencia y duración de síntomas de reflujo, infección por Helicobacter pylori, consumo de alcohol, tabaco, antinflamatorios, e inhibidores de la bomba de protones, así como antecedentes familiares de esófago de Barrett y cáncer esofágico. Los resultados se expresaron en porcentajes y odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC). Se realizó un análisis univariado y multivariado buscando predictores independientes de displasia y cáncer. Resultados. Se identificaron 96 pacientes con EB. La edad promedio fue de 62 años (30-93), y el 75% fueron hombres. La prevalencia de displasia de bajo grado (DBG) fue 22%, de displasia de alto grado (DAG) 2% y de adenocarcinoma esofágico 4%. El único predictor independiente de DBG fue el hallazgo de epitelio de Barrett de longitud mayor a 3 cm, OR: 2,74 (IC: 1,04-7,47). Para el desenlace compuesto por DAG y cáncer el único predictor independiente fue la enfermedad coronaria OR=7,59 (IC: 1,61-36,81). Para el desenlace compuesto por DBG, DAG y cáncer los predictores independientes fueron: lesión nodular sobre segmento metaplásico, OR= 10,72 (IC 1,55-74,70), IMC mayor a 30, OR=2,90 (IC 1,35-8,14); antecedentes familiares de EB OR=10,40 (IC 1,46-71,88) y enfermedad coronaria OR=5,01 (IC 1,41-14,44). Conclusiones. La prevalencia de DAG y cáncer en pacientes con EB en esta cohorte es similar a la reportada en la literatura. Existen predictores clínicos e histológicos de displasia y de cáncer, que identifican a aquellos pacientes de mayor riesgo, que podrían beneficiarse de un plan de vigilancia más estricto.

TO/O - 07

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LESIONES COLORECTALES DE GRAN TAMAÑO

Correa, G(1); Villarroel, M(1); Esteves, S(1); Cura, P(1); Mosca, I(1); Martinez, H(1); Tufare, F(1); Bernedo, A(1); Villaverde, A(1); Chopita, N(1)
(1)HIGA Gral San Martín (La Plata). Argentina.

Introducción. El uso de técnicas endoscópicas como la Resección Mucosa Endoscópica (RME) y la Disección Submucosa Endoscópica (DSE) permiten el tratamiento de lesiones tempranas. Nuestro servicio viene desarrollando estas técnicas desde el año 2001. Se presentan resultados de los pacientes desde noviembre del 2007 hasta marzo del 2010. Objetivos. General: Evaluar características y resultado del tratamiento endoscópico de lesiones colorectales tempranas de gran tamaño (mayor a 2 cm). Específicos: 1) Describir localización, tamaño y características endoscópicas de lesiones colorectales mayores a 2 cm de acuerdo a la Clasificación de París. 2) Evaluar la técnica endoscópica utilizada (RME, DSE o técnica combinada (RSE + RME). 3) Evaluar características de la resección: TOTAL (en 1 pieza o piecemeal) o PARCIAL. 4) Evaluar complicaciones relacionadas con la técnica y forma de resolución de las mismas. 5) Diagnóstico histológico de las piezas resecadas. 6) Evaluar seguimiento de los pacientes. Pacientes y Métodos. Estudio observacional- prospectivo. n: 35 pacientes. Criterios de inclusión: lesiones colorectales tempranas > 2 cm según Clasificación de Paris. Se excluyeron: 1) Lesiones tumorales de apariencia endoscópica infiltrativa, estenosante o avanzada 2) Lesiones deprimidas tipo 0-III de la Clasificación de París 3) Signo del "lifting" negativo 4) Pacientes con alteraciones de la coagulación 5) Pacientes que se negaron a la realización del procedimiento. Se realizo seguimiento a 1, 3 y 6 meses. La metodología estadística aplicada para el análisis descriptivo de las variables estudiadas fue CHI cuadrado. Resultados. 35 pacientes. Características de las lesiones: Localización: 66% recto, 12% sigmoides y descendente, 11% transverso, 9% ciego, 3% ascendente. Tamaño: 60% entre 2 y 5 cm; 40% > 5 cm. Clasificación de Paris: IIa 57% - IIa + IIc 20% - LST granular homogéneo 14% - LST granular no homogéneo 9%. Técnica Endoscópica: RME 6 (17%) – DSE 14 (40%) – Ambas 15 (43%). Características de Resección: 26 (74%) Resección Total (14 bloque – 12 piacemeal). 9 (26%) Resecciones parciales que fueron completadas en sesiones posteriores. Complicaciones: 7 (20%). RME 0 complicaciones – DSE 2 (1 sangrado y 1 perforación) – DSE + RME 5 (3 sangrados y 2 perforaciones). Resolución: 2 quirúrgica – 5 endoscópica. Mortalidad 0%. Diagnóstico Histológico: 6 (17%) adenocarcinoma intramucoso – 1 (3%) adenocarcinoma invasor – 14 (40%) adenoma DBG – 14 (40%) adenoma DAG. Seguimiento: a 6 meses de realizo seguimiento de 24 (68%). De estos, 6 (25%) presentaron recidiva. 5 tratadas por endoscopia (RME +/- argón) – 1 por cirugía. Conclusiones. Consideramos que el tratamiento endoscópico de lesiones colorectales tempranas de gran tamaño constituye un método eficaz, seguro y debe ser considerado de primera elección en este subgrupo de pacientes. La DSE presenta mayor seguridad oncológica, menor recidiva y mayor probabilidad de complicaciones.

TO/O - 08

UTILIDAD DEL ACIDO HIALURONICO PARA LA RESECCIÓN EN BLOQUE DE LESIONES COLÓNICAS

Di Paola, LE(1); Leibovich, N(1); Trelles, FA(1); Caniggia, D(1); Mella, JM(1); Berman, SS(1); Zagalsky, D(1); Spallone, L(1); Gandara, S(1)
(1)Instituto Quirurgico del Callao. Argentina.

Introducción. El tratamiento mediante mucosectomía y submucosectomía (EMR y ESD) emerge como una alternativa terapéutica mínimamente invasiva. La introducción de la técnica de mucosectomía con Acido Hialurónico (EMRSH), generó expectativas de lograr una adecuada elevación mucosa, por un tiempo suficiente para permitir una resección completa y segura. El Acido Hialurónico (AH) es un glicosaminoglicano localizado en el tejido conectivo que presenta una alta viscosidad y capacidad de retener agua. Objetivos. Primario: Evaluar la tasa de utilidad del AH para EMR, definida como el número de piezas resecadas en bloque con sólo una inyección de la solución, en relación al total de piezas resecadas en bloque. Secundarios: Analizar el tiempo de elevación en cada caso. También se evaluó el número de complicaciones y de recidivas. Materiales y métodos. En un período de 20 meses se realizaron 5642 videocolonoscopías (VCC) con 44 EMR. Se resecaron lesiones colónicas de entre 5 y 70 mm (media 21,9 mm). Las lesiones fueron elevadas con una solución de AH 0,4% en diferentes volúmenes (media 9.32 ml). Resultados. Se incluyeron 44 pacientes, a los que se les realizó EMR según técnica de "lift and cut". La tasa de utilidad obtenida fue del 92%. La elevación de la mucosa tuvo una duración media de 10.13 minutos, con un rango de 4 a 20 minutos. Se identificó recidiva durante el seguimiento en 2 de los pacientes incluidos (4,54%). El porcentaje de complicaciones fue de 6,8%, habiéndose presentado serositis en 2 pacientes y perforación con resolución endoscópica intraprocedimiento en el restante. Conclusiones. En este trabajo concluimos que la inyección submucosa de AH 0,4% presenta una excelente tasa de utilidad con una resección completa y sin necesidad de reinyección en el 92% de las piezas.

TO/O - 09

COLONOSCOPÍA ANTES Y DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS DE EDAD

Zelter, A(1); Fernández, JL(1); Rodríguez, P(1); Wonaga, A(1); Galich, M(1); Viola, L(1)
(1)Centro Integral de Gastroenterología. Argentina.

Introducción. Algunos autores han considerado la posibilidad de comenzar la pesquisa del cáncer colorrectal en las personas de riesgo intermedio antes de los 50 años de edad pero el resultados de la colonoscopía en este grupo etario no ha sido estudiado completamente. Objetivos. Nos propusimos determinar las diferencias en la indicación de la colonoscopía y en la detección de pólipos neoplásicos antes y después de los 50 años de edad. Material y métodos. Estudiamos prospectivamente 885 pacientes a los que se les realizó una colonoscopía en nuestro centro entre mayo y octubre de 2009. Los dividimos en dos grupos: pacientes de menos de 50 años (grupo 1) y pacientes de 50 años o más (grupo 2). Analizamos la edad, el sexo, la llegada a ciego con la colonoscopía, la indicación de la colonoscopía y la presencia de pólipos adenomatosos (PA) o adenocarcinomas (AC). Comparamos las proporciones usando las pruebas de x2 o Fisher y consideramos significativa una P<0,05. Resultados. Incluimos 204 pacientes en el grupo 1 [108 mujeres, edad promedio 40,4±7,5 años (rango 16-49 años)] y 681 en el grupo 2 [369 mujeres, edad promedio 62,3±7,8 años (rango 50-86 años)]. La tasa de llegada a ciego con la colonoscopía fue de 96,0% en el grupo 1 y 92,6% en el grupo 2 (NS). La indicación de la colonoscopía fue pesquisa en personas de alto riesgo (historia familiar de cáncer colorrectal) en 41 (20,1%) pacientes del grupo 1 y 66 (9,7%) del grupo 2 (P<0,0001), pesquisa en personas de riesgo intermedio en 45 (22,1%) pacientes del grupo 1 y 359 (52,7%) del grupo 2 (P<0,0001), y síntomas o vigilancia en 116 (56,9%) pacientes del grupo 1 y 245 (36,0%) del grupo 2 (P<0,0001). No se registró la indicación de la endoscopía en 2 pacientes del grupo 1 y 11 del grupo 2. Se encontraron PA en 20 (9,8%) pacientes del grupo 1 y 145 (21,3%) del grupo 2 (P<0,0001), y AC en ninguno del grupo 1 y 12 (1,8%) del grupo 2 (P<0,0001) (5 pólipos con cáncer y 7 tumores avanzados). En la subpoblación de personas de alto riesgo se encontraron PA en 5 pacientes (12,2%) del grupo 1 y 11 (16,7%) del grupo 2 (NS). No se encontró ningún caso de AC en esta subpoblación. En la subpoblación de personas de riesgo intermedio se encontraron PA en 7 (15,6%) pacientes del grupo 1 y 58 (16,2%) del grupo 2 (NS), y AC en ningún paciente del grupo 1 y en 2 (0,6%) del grupo 2 (NS). Conclusiones. Hubo diferencias en la principal indicación de la colonoscopía entre el grupo más joven (síntomas o vigilancia) y el grupo de más edad (personas de riesgo intermedio). Aunque se encontraron más PA y AC en el grupo de mayor edad, la prevalencia no difirió estadísticamente en la pesquisa colonoscópica, tanto en personas de alto riesgo como de riesgo intermedio, sugiriendo que la pesquisa podría iniciarse antes de los 50 años de edad.

TO/O - 10

PREVALENCIA DE ADENOMAS SERRATOS DE COLON Y ASOCIACION CON LESIONES NEOPLASICAS SINCRONICAS Y METACRONICAS

Fischer, C(1); González, R(1); Pereyra, L(1); Casas, G(2); Mella, JM(1); Mohaidle, A(1); Vizcaíno, B(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Los adenomas serratos de colon representan lesiones con capacidad de desarrollar cáncer colorrectal por una vía distinta a la del adenoma-cáncer. En nuestro medio, se desconoce la prevalencia y su potencial de malignidad. Objetivo. Determinar la prevalencia de adenomas serratos de colon en pacientes que se realizaron colonoscopía en un hospital de comunidad y la frecuencia de displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma en estas lesiones. A su vez, establecer la asociación de los adenomas serratos con adenomas y cáncer, sincrónicos y metacrónicos. Material y métodos. Entre enero de 2003 y marzo de 2009, se revisaron en forma retrospectiva de la base de datos de un hospital de comunidad, los informes anatomopatológicos de los pacientes a quienes se les realizó colonoscopía con polipectomía. Se identificaron los adenomas serratos según la clasificación de Snover y col. Se determinó su prevalencia y se consignaron las lesiones sincrónicas definidas por adenomas, lesiones avanzadas (mayores a 1cm, componente velloso >75% y/o DAG) y/o cáncer, presentes en el mismo estudio. En los pacientes con vigilancia endoscópica, se objetivó intervalo de seguimiento y presencia de lesiones metacrónicas. Se realizó análisis uni y multivariado buscando predictores independientes de DAG en adenomas serratos, y de lesiones sincrónicas y metacrónicas. Los resultados se expresaron en odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza 95 % (IC). Resultados. De 15574 colonoscopías, se identificaron 205 pacientes con 279 adenomas serratos. La prevalencia de estas lesiones fue de 1.8%. La edad promedio fue de 60 años; 56% fueron hombres. La mayoría de los pólipos fueron menores a 1cm (74%) y sésiles (78%), con localización predominante en rectosigma (54%). Los adenomas serratos mostraron DAG en el 6.1%. No se evidenció adenocarcinoma. El 30% de los pacientes presentó lesiones sincrónicas: 70% adenomas, 20% lesiones avanzadas y 10% adenocarcinoma. El 21% de los pacientes realizó vigilancia endoscópica dentro de los 3 primeros años, con hallazgo de lesiones metacrónicas en el 32%: adenomas (50%), adenomas serratos (38%) y lesiones avanzadas (30%). No se observó adenocarcinoma ni serratos con DAG. Fueron predictores independientes de DAG en los adenomas serratos la forma pediculada (OR 7.8) (IC 1.99-31.23), y de lesiones sincrónicas, el adenoma serrato con DAG (OR 3.4) (IC 1.3-9.04). No se identificaron predictores independientes de lesiones metacrónicas. Conclusiones. La prevalencia de adenomas serratos es baja; no obstante, la presencia de DAG en estas lesiones no es despreciable. A su vez, existe una importante asociación con lesiones neoplásicas sincrónicas y metacrónicas. Estudios prospectivos son necesarios para optimizar los programas de seguimiento.

TO/O - 11

COLECISTECTOMÍA NOTES TRANSVAGINAL. RESULTADOS A LARGO PLAZO

Laudanno, O(1); Gollo, P(1); Rondan, A(2); Gimenez, M(3); Ferreres, A(2)
(1)Servicio de Gastroenterologìa. Hospital C. Bocalandro. Prov. de Buenos Aires (2)Servcio de Cirugìa. Hospital C. Bocalandro. Prov. de Buenos Aires (3)Servicio de Cirugìa. Hospital de Clìnicas. Argentina.

Introducción. La cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales (NOTES) es la nueva técnica emergente en el área de cirugía mini-invasiva. Combina el acceso por orificios naturales con el uso de endoscopios. Sus potenciales beneficios incluyen menos trauma quirúrgico, menos cicatrices (y sus complicaciones) y menos dolor postoperatorio. El acceso transvaginal a la cavidad abdominal tiene ventajas respecto a otros accesos (transgástrico-rectal) en particular respecto a su cierre seguro pero, plantea dudas sobre su impacto ginecológico-sexual. Por otro lado hay pocos datos respecto al seguimiento a largo plazo de las pacientes operadas con esta técnica. Objetivo. Evaluar los resultados a largo plazo de la Colecistectomía NOTES transvaginal, método híbrido. Pacientes y Métodos. serie consecutiva de 28 pacientes operadas entre Agosto 2007 a Noviembre 2008 con más de 1 año de seguimiento. El procedimiento fue aprobado por el Comité de Etica Institucional y en todos los pacientes se obtuvo su consentimiento. Criterios de inclusión: 1. Litiasis vesicular sintomática 2. Ausencia de obstrucción biliar 3. Embarazo previo 4. Test de embarazo negativo 5. Mini-mental test normal. A todos los pacientes se les realizó un examen ginecológico de screening que incluyó: historia médica, examen ginecológico incluyendo Pap y colposcopía y Ecografía transvaginal. La colecistectomía transvaginal se realizó por método híbrido: previo neumoperitoneo se introdujo trocar de 5 mm umbilical y bajo visión laparoscópica se introdujo trócar de 2 vías a través del fondo de saco vaginal con el cual se accedió a la cavidad abdominal con videoendoscopio Olympus (1 ó 2 canales). El clipado de la arteria y conducto cístico fue realizado por laparoscopía. Una vez completado el procedimiento la vesícula fue removida por la vagina y el acceso cerrado con Vycril.Los pacientes permanecieron internados 24 hs y fueron evaluados a los 7, 30, 60 días y al año. Se realizó entrevista médica,examen clínico, ginecológico (incluyendo colposcopía), Eco tranvaginal y cuestionarios explorando la función sexual y satisfacción con el procedimiento. Resultados. La cirugía pudo ser completada en 29/30 pacientes. En 1 paciente debió ser realizada por laparoscopía dado adhesiones en el acceso transvaginal (5 cesáreas previas). Un paciente requirió minilaparotomía a través de una Pfanestil previa debido a sangrado del fondo se saco vaginal. No se detectaron complicaciones en relación al acceso transvaginal y ningún paciente refirió dispareunia. 2 pacientes quedaron embarazadas y sus embarazos y partos fueron sin complicaciones. La entrevista médica, examen físico y ginecológico al año fueron sin hallazgos significativos. Ninguna paciente refirió dispareunia. Conclusiones. Los resultados alejados de la colecistectomía vaginal NOTES son satisfactorios y seguros en el contexto de un equipo multidisciplinario de trabajo. No se presentaron complicaciones ginecológicas.

TO/O - 12

TATUAJE CON TINTA CHINA TÉCNICA DE LA DOBLE PÁPULA. ¿ES EFECTIVA?

Trelles, FA(1); Berman, S(1); Mella, J(1); Spallone, L; Gandara, S; Caniggia, D; Di Paola, L; Leibovich, N; Zagalsky, D(1)
(1)Instituto Quirurgico del Callao. Argentina.

Introducción. La tinta china es el colorante más utilizado para marcación de lesiones durante la colonoscopía. La inyección de la misma en la submucosa permite identificar con mayor facilidad el sitio de la lesión durante la cirugía. Con la antigua técnica de inyección directa se han reportado tinción del meso e irritación peritoneal por el traspaso de la aguja, con la consiguiente falta de marcación del sitio y dificultad para identificar la lesión en el acto quirúrgico. Objetivos. Determinar la eficacia y seguridad de la técnica de tatuaje "de doble pápula". Materiales y métodos. Desde abril del 2008 hasta abril del 2009 se incluyeron pacientes consecutivos que fueron marcados con tinta china según la nueva técnica de doble pápula. La técnica de tinción consistió en la inyección de 2 ml de solución fisiológica en la submucosa y posteriormente la inyección de 0,2 ml de tinta china estéril sobre la mucosa ya elevada. Se tatuaron: 1) lesiones alejadas de la válvula Íleocecal y del recto; 2) lesiones que requirieron tratamiento quirúrgico; 3) todas las mucosectomías y 4) pólipos gigantes (> 3 cms). Se determinó la eficacia mediante la visualización del tatuaje durante la cirugía o en el control endoscópico. Los efectos adversos se consideraron posiblemente relacionados al tatuaje si ocurrían en las siguientes 72 horas. Resultados. Se incluyeron 66 pacientes (edad media 61, rango 44-84; 54% varones) a los que se les realizó tatuaje con técnica de la doble pápula: 24 polipectomías, 22 mucosectomías y 20 lesiones neoplásicas infiltrativas de índole quirúrgico. En el control endoscópico, se identificó el sitio de lesión en 45 de los 46 pacientes (eficacia del 98%, IC95% 88-99). En la cirugía, sirvió para identificar el sitio de lesión en 19 de 20 los pacientes (eficacia del 95%, IC95% 75-99). Dos pacientes (3%, IC95% 0.4-10) presentaron síntomas (dolor abdominal, fiebre) que atribuimos al tatuaje. Fueron internados con tratamiento antibiótico intravenoso y buena respuesta clínica. Ninguno requirió cirugía. Conclusión. Esta técnica de tinción demuestra ser efectiva 1) en el control endoscópico de lesiones colónicas, 2) para ubicar el área de la lesión en el colon durante la cirugía. Es de bajo costo y tiene una baja tasa de complicaciones.

TO/O - 13

PREVALENCIA DE ESÓFAGO DE BARRETT EN PACIENTES CON SOSPECHA ENDOSCÓPICA DE METAPLASIA COLUMNAR ESOFÁGICA

Luna, P(1); Pereyra, L(1); González, R(1); Caldo, I(1); Fischer, C(1); Mella, JM(1); Vizcaino, B(1); Mohaidle, A(1); Medrano, M(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. El esófago de Barrett se sospecha cuando se detecta la presencia de epitelio columnar en el esófago durante una endoscopía. El diagnóstico sólo puede ser confirmado al identificar la existencia de metaplasia intestinal en las biopsias obtenidas de dicho epitelio. Objetivos. Determinar los hallazgos histológicos en pacientes con sospecha de metaplasia columnar esofágica en la endoscopía, e identificar los factores clínicos y endoscópicos que predicen el esófago de Barrett. Material y métodos. Se relevó en forma retrospectiva la base de datos del Servicio de Endoscopía de un hospital de comunidad, identificando a todos los pacientes sometidos a endoscopía alta entre enero de 2003 y marzo de 2010, en quienes se sospechó la presencia de metaplasia columnar esofágica. Se excluyó a aquellos con diagnóstico previo de esófago de Barrett, y a los que no tenían biopsias de esófago. De los reportes se obtuvo información acerca de la presencia de esofagitis, longitud del epitelio columnar, y presencia de lesiones focales en el mismo. Contactamos telefónicamente a los pacientes para consignar diversos datos clínicos: índice de masa corporal, diabetes, dislipemia, existencia y duración de síntomas de reflujo, infección por H pylori, consumo de alcohol, tabaco, antinflamatorios, e inhibidores de la bomba de protones, así como antecedentes familiares de esófago de Barrett y cáncer esofágico. Los resultados se expresaron en porcentajes, y en odd ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para identificar factores predictores independientes de esófago de Barrett. Resultados. Se identificaron 140 pacientes con sospecha de metaplasia intestinal que cumplieron criterios de inclusión. La edad promedio fue de 59 años (17-93) y el 67% fueron hombres. Solo el 55% presentó diagnóstico histológico de metaplasia intestinal. De éstos, el 11% presentó displasia de bajo grado, 3% displasia de alto grado, y 3% adenocarcinoma esofágico. Las variables clínicas que se asociaron independientemente con esófago de Barrett fueron: sexo masculino, OR: 2,62 (IC: 1,28-5,38), síntomas actuales de reflujo OR: 2,462(IC 1,123-5,389), y síntomas de reflujo de más de 10 años de evolución: OR 4,59 (IC: 1,35-7,38). Las variables endoscópicas que se asociaron independientemente con esófago de Barrett fueron: longitud mayor a 3cm, OR = 10,70 (IC: 2,64-42,83), y la presencia de hernia hiatal, OR: 2,93 (IC:1,46-5,88). Conclusiones. Solo la mitad de los pacientes con sospecha de metaplasia columnar presenta confirmación histológica de esófago de Barrett. La combinación de predictores clínicos y endoscópicos podría resultar de utilidad para mejorar el rédito diagnóstico.

TO/O - 14

RIESGO DE LESIONES GÁSTRICAS ENTRE PACIENTES CAUCÁSICOS Y ASIÁTICOS CON EPIGASTRALGIA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD EN ARGENTINA

Gómez, E(1); Mella, JM(1); Pereyra, L(1); González, R(1); Medrano, MA(1); Fischer, C(1); Mohaidle, A(1); Luna, PA(1); Pedreira, SC(1); Cimmino, DG(1); Boerr, LA(1)
(1)Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. El modelo más aceptado sobre la génesis del cáncer gástrico de tipo intestinal comienza con las lesiones gástricas premalignas. El riesgo de estas lesiones premalignas impresiona ser mayor en los pacientes asiáticos que en los caucásicos. Objetivo. Determinar el riesgo de presentar lesiones gástricas (úlceras, gastritis activa, gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia y cáncer) e infección por Helicobacter pylori entre pacientes caucásicos nacidos en Argentina y pacientes asiáticos (la mayoría de Corea) que viven en Argentina que se presentaron con epigastralgia. Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con epigastralgia que se habían realizado una endoscopía digestiva alta entre enero de 2008 y diciembre de 2008. Se excluyeron a aquellos con endoscopías digestivas previas y cirugías gástricas. Se realizó un estudio de casos y controles, definiéndose como "casos" a los pacientes asiáticos y como "controles" a los pacientes caucásicos. Se calculó el riesgo, medido en odds ratio(OR) y sus respectivos intervalos de confianza 95%(IC), de tener las mencionadas lesiones gástricas. Resultados. Se analizaron 399 pacientes: 132 asiáticos (casos) y 267 caucásicos (controles). En los casos, la edad media fue de 50 ± 12 años, 57 % mujeres; los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron mucosa eritematosa (77%), erosiones (39%), úlceras (9%) y mucosa normal (4%); el 50% tuvieron gastritis activa o severa, la prevalencia de infección por Helicobater pylori fue 51%, y 24% tuvieron metaplasia intestinal. En los controles, la edad media fue de 49 ± 15 años, 61 % mujeres; los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron mucosa eritematosa (67%), erosiones (35%), mucosa normal (10%) y úlceras (3%); el 28% tuvieron gastritis activa o severa, la prevalencia de infección por Helicobater pylori fue 31%, y 7% tuvieron metaplasia intestinal. La posibilidad de tener un estómago endoscópicamente normal fue más frecuente en los caucásicos (OR 2.56, IC 1.06-6.2). Los pacientes asiáticos tuvieron mayor riesgo de presentar la mucosa eritematosa (OR 1.71, IC 1.06-2.75), úlceras gástricas (OR 3.24, IC 1.32-7.9), infección por Helicobacter pylori (OR 2.43, IC 1.48-3.72), gastritis activa o severa (OR 2.5, IC 1.62-3.85), y metaplasia intestinal (OR 4.7, IC 2.51-8.76). El riesgo de gastritis atrófica, displasia, y cáncer fue similar en ambos grupos. Conclusión. Los resultados de este trabajo demostraron que los pacientes asiáticos que viven en Argentina tendrían un mayor riesgo de las lesiones premalignas iniciales del cáncer gástrico (infección por Helicobacter pylori, gastritis activa o severa y metaplasia intestinal). Por el contrario, nuestro estudio no pudo demostrar un incremento en el riesgo de displasia o cáncer gástrico. Sin embargo, la pesquisa debería ser considerada en este grupo de alto riesgo.

TO/O - 15

ENDOSCOPIA EN MAYORES DE 80 AÑOS. ¿LOS HALLAZGOS JUSTIFICAN LOS RIESGOS?

Tobal F(1); Tobal, D(1)
(1)GENBA (Gastroenterología y Endoscopía de Buenos Aires). Argentina.

Introducción. A medida que los cambios demográficos tienden al aumento en la expectativa de vida, la realización de estudios endoscópicos en la población mayor de 80 años aumenta año a año. Sin embargo, el riesgo anestésico inherente a dichos estudios y la dificultad en la preparación para los estudios de colon son mayores en estos pacientes y deben ser considerados. Además, el beneficio clínico de realizar estudios endoscópicos en mayores de 80 años se encuentra escasamente estudiado en nuestro medio. Objetivo. Determinar el beneficio clínico de los estudios endoscópicos en mayores de 80 años. Pacientes y métodos. Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes mayores de 80 años derivados a nuestro centro para la realización de Videoendoscopia Digestiva Alta (VEDA), Videocolonoscopia (VCC) o Colangiografia Retrográda Endoscópica (CPRE). Operativamente se definieron como hallazgos positivos aquellas entidades plausibles de tratamiento médico, endoscópico y/o quirúrgico que potencialmente modifiquen la conducta terapéutica y eventualmente el pronostico y/o calidad de vida del paciente. No se consideraron hallazgos positivos a las siguientes entidades: Hernia hiatal < 6 cm, Pólipos gástricos y colónicos < 1 cm y enfermedad diverticular del colon no complicada. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitoreo a cargo del anestesista de nuestro centro. Resultados. Sobre un total de 5.598 estudios, 375 (6.7%) fueron en mayores de 80 años. De los mismos, 162 eran VEDA (F/M 91/71, edad media (± DE) 84 (±3.9), 171 VCC (F/M 105/66, edad media (± DE) 83.6 (±3) y 42 CPRE (F/M 27/15, edad media (± DE) 85.8 (±5). De acuerdo a nuestros criterios operativos la VEDA fue positiva en el 55.5% de los pacientes, la VCC en el 31.5% y la CPRE en el 76%. El rédito diágnostico global fue de 47%. No se registraron complicaciones referentes a la anestesia en ningún paciente del grupo estudiado. Conclusiones. El beneficio clínico de realizar estudios endoscópicos en mayores de 80 años es alto en este estudio. En más del 60% de los pacientes con patología esofagogastroduodenal, colónica o biliopancreática se realizo tratamiento endoscópico en el mismo procedimiento. Las escasas complicaciones referidas a la anestesia y el alto rédito diagnóstico/terapéutico de los estudios endoscópicos justifican la realización de los mismos en este grupo etario.

TO/O - 16

CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: VALOR DE UN CUESTIONARIO EN UN MEDIO RURAL

Bolzan, HE(1)
(1)Hospital Municipal de Lincoln "Dr. Rubén Miravalle". Argentina.

Introducción. En endoscopia digestiva, como en otras áreas de la medicina, se han establecido de manera progresiva diferentes indicadores de calidad. La satisfacción del paciente es uno de los ejes fundamentales de los programas de gestión de la calidad en salud. Objetivo. El objetivo del estudio fue valorar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la realización de una endoscopia digestiva alta y baja. Pacientes y Métodos. Pacientes: Criterio de Inclusión: Paciente en estado psico-físico que permita una correcta interpretación y respuesta completa al cuestionario. Diseño Experimental: prospectivo, de observación, descriptivo y transversal. Método: A cada paciente que ingresa a la Unidad de Endoscopia Digestiva se le entrega un cuestionario, previo a la realización del estudio endoscópico y se le explica el objetivo del misma y que debe ser llenada minutos previos al alta. Se utilizó el cuestionario breve validado en castellano GHAA-9mc recomendado por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal que incluye nueve cuestiones que valoran diferentes aspectos de la calidad asistencial. Resultados. Ingresaron a este estudio 200 pacientes. Los pacientes encuestados han mostrado un elevado grado de satisfacción tras la realización de una endoscopia digestiva. Las molestias durante la exploración, el tiempo de espera hasta la realización de la prueba y el tiempo que espero el mismo día hasta que lo llamaron fueron los aspectos peor valorados. Conclusión: Este cuestionario es un método simple y seguro para evaluar la satisfacción del paciente en este medio.

TO/O - 17

SEGURIDAD Y EFICACIA DE PROPOFOL ADMINISTRADO POR ENDOSCOPISTAS EN ENDOSCOPÍA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA NO CPR

Garcia, G(1); Spatola, J; Daddiego, M; Gallegos, R
(1)Clinica La Pequeña Familia. Junin. Bs. As. Argentina.

Objetivo. Evaluar la seguridad y eficacia de propofol administrado por endoscopistas en endoscopia digestiva, ya que su uso es controversial por parte de no anestesiólogos, debido a sus efectos depresores del SNC y cardiovasculares. Pacientes y métodos. Se evaluaron en forma prospectiva 931 endoscopias altas y bajas diagnósticas y terapeuticas en el periodo Noviembre de 09 a Febrero de 10. Se evaluó la eficacia por la tolerancia del paciente escrita en una ficha que fué completada al abandonar la institución en una escala graduada de mala a exelente, así como también por la necesidad de terminar precozmente el procedimiento. La seguridad se evaluó consignando el óbito, la necesidad de intubación y cualquier episodio de desaturación o necesidad de recuperación con ambú. Los procedimientos se realizaron por un gastroenterólogo y un asistente en endoscopía, todos los pacientes se controlaron con oximetría de pulso y les fue adiministrado oxigeno nasal entre 2 y 5 lts/min. Resultados. Se analizaron 931 procedimientos, de los cuales 242 (26%) fueron videocolonoscopías (VC) diagnósticas, 229 (25%) VC terapeuticas, 424(45%) videogastroscopías (VG) diagnósticas, 32(3,5%) VG terapeuticas y 4 rectosigmoidoscopías (0,5%) la edad media fue de 52 años con un rango de 18 a 91 años. Mujeres 551(56%) y varones 410(44%). El 97% de los pacientes fue ASA 1 y 2 y el 3% asa 3. La dosis media de propofol fue de 114 mg con un rango de 50 a 200 mg. La dosis media por peso fue de 1,85 mg/kg en VCD (DS 0,42), 2,01 mg/kg en VCT (DS O,47), 1,25 mg/kg en VGD (DS 0,35), 1,34 mg/kg en VGT (DS 0,29) y 1,32 mg/kg en RSC. La tolerancia al procedimiento fue buena en 142 pacientes (15%) y exelente en 789 pacientes (85%), no hubo necesidad de suspensión prematura del procedimiento. En cuanto a la seguridad no se presentaron óbitos así como tampoco hubo necesidad de intubación endotraqueal. Se produjeron 23 episodios de desaturación (2,5%) que respondieron al aumento de la administración de O2, excepto en dos pacientes que requirieron reanimación con ambú y se recuperaron normalmente. Conclusión. La administración de propofol por endoscopistas fue tanto segura como efectiva en esta serie prospectiva de 931 pacientes con tolerancia buena a exelente y sin efectos negativos mayores, sin registrarse óbitos ni tampoco necesidad de intubación.

TO/O - 18

LA IMPORTANCIA DE COMPLEMENTAR UN ESTUDIO COLONOSCÓPICO INCOMPLETO

Cariello, M(1); Pizzala, JE; Carrillo, PA(1); Marcaccio, FH(1); Lam Chong, R(1); Dávolos, JR(1); Macías Gómez, CA(1); De Paula, JA(1)
(1)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. El estudio endoscópico del colon es en la actualidad el "Gold Standard" para el diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías. En algunos casos no es posible arribar al ciego por diversos motivos y en esos casos la literatura sugiere completar dicho estudio con algún otro método por imágenes para evaluar la zona no alcanzada. Objetivos. Evaluar la importancia de realizar un segundo estudio colónico luego de una videocolonoscopía (VCC) incompleta. Materiales y métodos. Se trata de un análisis retrospectivo a través de los registros electrónicos de todas las historias clínicas de aquellos pacientes cuyas VCCs resultaron incompletas entre julio del 2.004 y septiembre del 2.009. En cada caso se evaluó la existencia de otro estudio complementario de la totalidad del colon realizado al paciente durante los 3 meses anteriores o los 6 meses posteriores a la VCC que resultó incompleta. Luego se revisó el resultado de dicho estudio y se cotejó con los motivos expresados por los operadores que impidieron arribar al ciego. Resultados. Durante el lapso de tiempo estudiado se realizaron 446 VCCs que resultaron incompletas lo cual corresponde al 2,1% del total de las VCCs realizadas en dicho período (21.422). En 255 pacientes (57,2%) se realizó otro estudio que completó la evaluación. El método complementario más utilizado en estos casos fue la tomografía computada abdominopelviana en el 29% de los pacientes (74/255). El hallazgo más frecuente fue tumor colónico en el 30,2% de los pacientes (77/255). Correlacionando el informe del estudio de la totalidad del colon con la impresión diagnóstica del endoscopista que no logró alcanzar el ciego se observa que de los pacientes que tuvieron diagnóstico de tumor (77/250) un 76,6% (59/77) ya tenían el diagnóstico con la VCC en la que no se logró visualizar el ciego. De los 18 pacientes restantes en los que no se logró el diagnóstico del tumor en la primera VCC (23,4%), en 12 no se había podido dar impresión diagnóstica por mala preparación colónica, en 3 se había notado un ángulo muy marcado que impidió el paso del endoscopio a pesar de múltiples maniobras, en otro caso se interpretó como un intestino fijo y en el último de los casos no se especificó el motivo aparente que impidió alcanzar el fondo de saco cecal. Conclusiones. En nuestra serie de pacientes, al perder la oportunidad de realizar una VCC completa sólo un poco más de la mitad de los pacientes completó el estudio del colon con otro método complementario lo cual indica la importancia de tener una alta tasa de llegada al ciego. Como dato relevante una proporción significativa de los tumores hallados en el segundo estudio del colon no fueron diagnosticados en la VCC que resultó incompleta. Este resultado refuerza la idea de completar con otro método diagnóstico de la totalidad del colon aquellos estudios endoscópicos en los que no se logre arribar al ciego.

TO/O - 19

FACTORES RELACIONADOS A VIDEOCOLONOSCOPÍAS INCOMPLETAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Pizzala, JE(1); Cariello, M(1); Carrillo, PA(1); Marcaccio, FH(1); Lam Chong, R(1); Dávolos, JR(1); Macías Gómez, CA(1); De Paula, JA(1)
(1)Hospital Italliano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. La videocolonoscopía (VCC) es un método ampliamente utilizado tanto para la pesquisa de cáncer colorrectal como para el diagnóstico de otras afecciones. En un porcentaje, que varía en distintos centros, no es posible alcanzar el ciego e identificar la válvula ileocecal y el orificio apendicular. En la literatura se han descripto diversos factores relacionados a la imposibilidad de realizar una evaluación colónica completa. Objetivos. Determinar el porcentaje de VCC incompletas e identificar factores posiblemente relacionados con la imposibilidad de alcanzar el ciego. Materiales y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de los registros informatizados de todas las VCC realizadas en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre julio del 2.004 y septiembre del 2.009. Se seleccionaron aquellas que fueron incompletas y se revisaron manualmente dichas historias clínicas electrónicas en busca de factores relacionados con la dificultad para realizar una VCC incompleta. Resultados. De 21.422 VCC realizadas en dicho período, 446 (2,1%) fueron incompletas. Se observó una mayor tasa de VCC incompletas en mujeres que en hombres (1,6/1,0) y la edad promedio fue de 66,8 (DS 13,1) años. La porción colónica más frecuentemente alcanzada fue el colon descendente en 157 VCC (35%), seguida por el ángulo hepático en 88 VCC (20%). En cuanto a los motivos mencionados por los operadores como causa del estudio incompleto se encuentra en primer lugar la mala preparación colónica en 149 estudios (33,4%) seguido de la existencia de un tumor infranqueable en 70 estudios (15,6%), ángulo pronunciado que impide técnicamente la progresión del endoscopio en 62 estudios (14%) y la diverticulosis en 38 estudios (8,5%) entre otros. Conclusiones. En nuestro centro el porcentaje de intubación cecal es de 97,9% lo cual es considerablemente más alto que lo establecido por la U.S. Multi-Society Task Force of Colorectal Cancer. De los factores hallados como relacionados a la VCC incompleta el único pasible de ser modificado es la mala preparación colónica en la cual deberemos hacer foco en un futuro.

TO/O - 20

CALIDAD EN COLONOSCOPÍA: TIEMPO DE RETIRO Y DETECCIÓN DE PÓLIPOS

Castelluccio, MS(1); Peters, R(1); Lubrano, P(1); Topor, J(1); Quiroga, J(1); Coghlan, E(1); González del Solar, C(1)
(1)Sanatorio Mater Dei. Argentina.

Introducción. La colonoscopía se considera actualmente, el método de elección en la prevención del cáncer de colon. Sin embargo, el rango de detección de pólipos adenomatosos varía ampliamente entre los distintos colonoscopistas. Esta discrepancia podría deberse a diferencias en la técnica, sobre todo, en el tiempo dedicado al retiro del colonoscopio una vez alcanzado el fondo cecal, que no debería ser inferior a 6 minutos. Objetivo. Evaluar la relación entre el tiempo de retiro del endoscopio y el número de pólipos hallados, en pacientes sometidos a colonoscopía para prevención del cáncer de colon. Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional, realizado en un servicio de gastroenterología y endoscopía digestiva. Durante 10 meses se evaluaron cuatro gastroenterólogos que realizan endoscopías habitualmente en el Servicio. Se incluyeron pacientes sometidos a colonoscopía para prevención del cáncer de colon. Se evalúo el tiempo de inserción y de retiro del equipo, y el número, localización, tamaño e histología de los pólipos hallados. Comparamos el hallazgo de pólipos entre las colonoscopías donde el tiempo de retiro fue menor de 6 minutos con respecto a las que duraron 6 minutos o más. Resultados. Se incluyeron 89 pacientes, 47 mujeres (53 %) y 42 hombres (47%). Se detectaron 44 pólipos en 32 pacientes (36% de los pacientes estudiados), a razón de 1.41 pólipos por paciente. De los cuales 27 fueron adenomas (60%) y 1 adenocarcinoma. El tiempo de retiro fue menor de 6 minutos, en 53 pacientes, hallándose pólipos en 11 de ellos (20.75%). En 36 pacientes, el tiempo de retiro superó los 6 minutos, identificándose pólipos en 21 pacientes (58.33%). La realización de una videocolonoscopía con tiempo de egreso mayor de 6 minutos estuvo relacionada en forma estadísticamente significativa con el hallazgo de pólipos [OR 5,34 (IC 95% 1,9–15,2, p<0,006, test exacto de Fisher)]. Conclusiones. En este estudio encontramos una diferencia significativa en la detección de pólipos entre quienes presentan un tiempo de retiro del colonoscopio, mayor de 6 minutos, con respecto a quienes retiran el instrumental en menos de ese tiempo. Si bien el número de pacientes incluidos es pequeño, los resultados apoyan la recomendación de evaluar la mucosa colónica en 6 minutos como mínimo, en aquellos pacientes sometidos a colonoscopía para prevención de cáncer de colon.

TO/O - 21

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LOS PSEUDOQUISTES PANCREATICOS

Barbella, JC(1); Dip, D
(1)Hospital Naval. Argentina.

Introducción. Los pseudoquistes pancreaticos son una complicación de la pancreatitis aguda o crónica por ruptura del conducto pancreático. Los síntomas predominantes son dolor abdominal, infección y obstrucción del tracto gastrointestinal o la vía biliar. Históricamente el tratamiento de elección fue quirúrgico. Posteriormente se iniciaron los procedimientos endoscópicos con resultados comparables a los mismos. Se realiza una fístula entre el estomago y la cápsula del pseudoquiste colocando uno o mas stents o drenajes nasobiliares. Objetivo. Evaluar la eficacia del tratamiento endoscópico de los pseudoquistes pancreáticos agudos. Material y métodos. Análisis retrospectivo del tratamiento endoscópico de 13 pseudoquistes pancreáticos por pancreatitis aguda biliar entre 2002-2009 en el Hospital Naval Buenos Aires. El abordaje fue transmural gástrico. En 8 se colocaron cateteres nasobiliares y 5 en stents de plastico de 10 Fr. Los stents se retiraron a los 2 meses. El seguimiento se realizó con tomografía computada. Resultados. El tratamiento endoscópico fue satisfactorio en 11 de los 13 casos (80%). Dos presentaron necrosis que se extrajo con canastilla de Dormia. Uno requirió una quistogastroanastomosis quirúrgica y en uno se colocaron drenajes percutáneos múltiples por presentar tabiques múltiples. En cuanto a la morbilidad hubo 2 sangrados gástricos, que se resolvieron endoscópicamente. No hubo mortalidad. Conclusión. El drenaje endoscópico de los pseudoquistes pancreático es un tratamiento efectivo y seguro con baja morbi mortalidad.

TO/O - 24

MANEJO DE LAS ESTENOSIS BENIGNAS DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGO-GÁSTRICA POST ESOFAGUECTOMIA TOTAL

De Antón, R(1); Durand, L(1); Caracoche, M(1); Gimenez, M(1); Ferraina, P(1)
(1)Hospital de Clínicas "José de San Martín". Argentina.

Introducción. Ante la mejoría de los resultados quirúrgicos de la esofaguectomía por cáncer, se están realizando evaluaciones de calidad de vida a largo plazo. Una de las complicaciones más frecuentes post-esofaguectomía es la estenosis por fibrosis de la anastomosis esófago-gástrica cervical, que clínicamente se presenta con disfagia, y que compromete la calidad de vida. Objetivo. Comunicar el manejo de las estenosis anastomóticas benignas. Materiales y métodos. Lugar de aplicacion: Hospital Universitario. Diseño: retrospectivo. Población: 107 esofaguectomías por cáncer (2002-2009). Método: Se analizaron 107 pacientes con cáncer de Esófago resecados quirúrgicamente, a 85 se les realizó esofaguectomia transhiatal, 22 esofaguectomia transtorácica. En la mayoría de los casos, la reconstrucción se hizo con ascenso gástrico tubulizado por mediastino posterior con anastomosis esófago-gástrica termino-lateral con puntos separados y totales de Vycril 3-0. Seguimiento: TAC, radiología contrastada y VEDA en los 1ros 6 meses, o en otro momento ante la referencia de disfagia. Se clasificó a los pacientes según el diámetro de la estenosis: a) severa (menor a 5 mm), b) moderada (5-8 mm), c) leve (9-12 mm). Los pacientes fueron dilatados con bujías (Savary), o con balón neumático (Boston Scientific). Se evaluó la respuesta clínica y las complicaciones del procedimiento. Resultados. Sobre 107 pacientes, 25 (23,4%) evolucionaron con estenosis de la anastomosis (18 pacientes habían tenido fístula previa). En todos los casos la estenosis se presentó antes de los 6 meses de postoperatorio, y se descartó que la estenosis no fuera por recidiva neoplásica. La estenosis fue: a) severa en 6 pacientes (24%), b) moderada en 12 pacientes (48%), c) leve en 7 pacientes (28%). En 13 casos se dilató con bujía y en 12 con balón. Una sesión (8 pac – 32%), dos sesiones (10 pac – 40%), 3 o más (7 pac – 28%); sin diferencia entre bujía o balón. En 21 (84%) pacientes se logró la resolución de la disfagia. En 3 pacientes, ante la recidiva luego de múltiples dilataciones se colocó un stent autoexpansible removible con buena evolución. En un caso, fue necesario cirugía. Un paciente presentó sangrado leve post-dilatación con balón (colocación de clip), y 8 pacientes refirieron dolor en las 48 hs post-procedimiento. No hubo preforaciones.

TO/O - 23

PRIMERA EXPERIENCIA DE ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN EN ARGENTINA

Nachman, F(1, 2); Sterle, E(1); Argonz, J(1, 2); Mauriño, E(1, 2)
(1)Fundación Favaloro (2)Hospital de gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Argentina.

Introducción. El intestino delgado es un segmento de difícil acceso para la realización de un correcto y certero diagnostico y tratamiento. Hasta hace poco, su estudio sólo era posible a través de métodos radiológicos (enteroclisis) imágenes como la TAC y enteroresonancia o la cirugía convencional. El área endoscópica aporto la enteroscopía por empuje o intraoperatoria y la videoendocapsula. Con la introducción del Enteroscopio de Doble Balón (EDB) en el año 2001 por Yamamoto, se abrió una nueva posibilidad en la exploración endoscópica del tracto gastrointestinal en adultos permitiendo evaluar todo el trayecto del intestino delgado. Material y métodos. Entre enero de 2008 y marzo del 2009 se realizaron 13 procedimientos de enteroscopia doble balon (7 mujeres y 6 hombres) con una edad media 58.7 años, (r 30-79 años.). Se utilizó la vía anterógrada en 12 procedimientos y la vía retrógrada en 8 procedimientos. El tiempo medio de duración fue de 132 minutos (r 46-150 minutos). Las indicaciones fueron: hemorragia digestiva oscura y anemia crónica. Todos los pacientes fueron estudiados previamente con endoscopia alta y baja sin resultados positivos y VEC con diagnostico de angiodisplasias en yeyuno-íleon. Se realizo en los casos de doble ingreso preparación previa con polietilenglicol o fosfatos mono y disódicos y ayuno previo de 6 horas. Los estudios fueron realizados en el área quirúrgica por 2 operadores, con apoyo fluoroscópico y bajo sedación profunda administrada por anestesiólogo. Los pacientes fueron monitorizados por lo menos 24 horas posteriores al procedimiento y dados de alta al constatar que no existiesen complicaciones. Se utilizó un enteroscopio estándar Fujinon EN-450 T5, con una longitud de trabajo de 200 cm y un sobretubo de 145 cm de longitud. Resultados. Se muestran en la tabla 1. Conclusiones. Se realizo diagnóstico en 8 pacientes (61.5%). La patología vascular fue observada en 4 pacientes (30.8%) y lesiones proliferativas en 3 pacientes (23.0%). Hubo cuatro complicaciones menores con aumento de enzimas hepáticas y amilasa y una complicación mayor de perforación yeyunal que fue inmediatamente intervenido quirúrgicamente con buena evolución. La enteroscopía doble balón ha aportado diagnostico en el 61% de los casos que permitió terapéutica de las lesiones vasculares y biopsias de las lesiones tumorales que permitieron una resolución quirúrgica posterior.

Tabla 1. Resultados de los estudios doble balón.

EDAD	INDICACIÓN	HALLAZGOS ENDOSCOPICOS	HISTOLOGIA	VÍA UTILIZADA	TRATAMIENTO ENDOSCOPICO	COMPLICACIONES
65	Anemia Crónica	Angioectasias yeyunales	-	Anterograda	Si	No
79	Anemia Crónica	Angioectasias yeyunales	-	Anterograda	Si	No
58	Anemia Crónica	normal	-	Anterograda Retrograda	No	No
71	Anemia Crónica	Tumor colon derecho	Adenocarcinoma	Retrograda	No	No
63	Anemia Crónica	Lesión polipoidea ulcerada en yeyuno	Gist	Anterograda	No	Elevación transitoria amilasa y lipasa
61	Anemia Crónica	normal	-	Anterograda rertograda	No	No
69	Anemia Crónica	normal	-	Anterograda	No	Elevación transitoria amilasa y lipasa
66	Anemia Crónica	Tres lesiones polipoideas ulceradas en íleon	Tumor carcinoide	Retrograda	No	No
51	Sangrado recurrente	Angioectasias ileales	-	Anterograda Retrograda	Si	No
45	Anemia Crónica	Areas con minimos cambios de impresiona mosaico y peinado	Enteritis inespecífica	Anterograda	No	Perforación intestinal
31	Anemia Crónica	Angioectasias yeyunales	-	Anterograda Retrograda	No	No
30	Anemia Crónica	normal	-	Anterograda Retrograda	No	Elevación transitoria GOT, GPT, Bil, amilasa y lipasa
75	Anemia Crónica	normal	-	Anterograda Retrograda	No	Elevación transitoria amilasa y lipasa

TO/O - 25

UTILIDAD DE LA VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA OSCURA

Panigadi, GN(1); González, R(1); Fischer, C(1); Pereyra, L(1); Mella, JM(1); Medrano, M(1); Vizcaino, B(1); Luna, P(1); Hadad, A(1); Mohaidle, A(1); Cimmino, D(1); Pedreira, S(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. La videocápsula endoscópica es un método no invasivo de imágenes que permite visualizar la mucosa del intestino delgado, contribuyendo a la detección de lesiones que presentan sangrado de origen oscuro. Objetivo. Describir las características de los pacientes en los cuales se solicita videocápsula y determinar la utilidad del procedimiento. Material y métodos. Entre enero de 2005 y febrero de 2010 se revisaron, en forma retrospectiva de la base de datos del Servicio de Endoscopía de un hospital de comunidad de la ciudad de Buenos Aires, las historias clínicas y los informes de las videocápsulas endoscópicas realizadas a pacientes con hemorragia digestiva manifiesta y de origen desconocido en los cuales los estudios primarios no evidenciaron el sitio de sangrado. Se describieron las características demográficas y la utilidad del estudio a través de porcentaje de rédito diagnóstico. Resultados. Se analizaron 42 pacientes que se habían realizado videocápsula endoscópica, de los cuales se descartaron 12 por datos insuficientes en la historia clínica. El promedio de edad fue de 61; 59% fueron varones. De estos, el 55% presentó hemorragia digestiva de origen desconocido, mientras que el 40% presentó hemorragia digestiva manifiesta. La videocápsula demostró la causa de sangrado en el 80% de los pacientes con hemorragia digestiva de origen desconocido y en el 36% de aquellos con sangrado manifiesto. De estos últimos se detectó en un 72% la localización del sangrado. En los pacientes con sangrado de origen desconocido se objetivó que el 46 % de las lesiones estaban presentes en estómago y duodeno. Las lesiones se encontraron con mayor frecuencia en yeyuno (33%), seguido de íleon (23%) y estómago (22%). La etiología correspondió en un 26% a úlceras y en un 22% a angiodisplasia intestinal. En el 37 % de los pacientes la videocápsula detectó sangrado activo. Conclusiones. El rédito diagnóstico de la videocápsula es mayor en los pacientes con sangrado de origen desconocido. Este método diagnóstico permite reconocer la etiología y el sitio de sangrado en un importante número de pacientes con sangrado de origen oscuro, optimizando de esta manera la conducta terapéutica.

TO/O - 26

CÁPSULA COLÓNICA EN PEDIATRÍA

Waldbaum, CA(1); Bottero, A(2); Sasson, L(2); Rocca, A(2); Malagrino, P(2); Ruiz, J(2)
(1)Hospital de Clínicas José de San Martín, (2)Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Argentina.

Introducción. El desarrollo de la cápsula endoscópica (CE) fue un gran salto tecnológico que inicialmente permitió realizar una enteroscopia completa, de forma sencilla, ambulatoria y poco invasiva. Fue así como las hemorragias de origen oculto (HDOO), las complicaciones de la enfermedad celiaca, la pesquiza de los tumores y pólipos del intestino delgado (ID) y el estudio de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), entre otras entidades, vieron revolucionados sus algoritmos diagnósticos. Las mejoras del software y el desarrollo de nuevas CE, fueron constantes; hoy contamos con cápsulas esofágicas para la pesquiza de las varices esofágicas y del esófago de Barrett y colónicas para el screening de los pólipos. La cápsula colónica (CC) tiene dimensiones similares a la utilizada para el ID (11x32mm), pero posee una cámara en cada extremo, control automático de la exposición lumínica, duplica la velocidad del registro imágenes (4/Seg.) y posee una autonomía operativa de 10 horas. Nuestra experiencia en la utilización de la endoscopia capsular en pediatría y las ventajas de la CC, nos impulso a utilizarla en esta población de pacientes, con una técnica modificada, con el objetivo de obtener más y mejores imágenes del ID y a la vez poder registrar imágenes del resto del todo el tubo digestivo. Material y métodos. entre diciembre del 2009 y abril del 2010 fueron evaluados 10 pacientes (6♀/4♂), con una edad promedio de 10,8 años (Rango: 6-18) a los que se le efectuó una CE utilizando la PillCam COLON (Given Imaging) preactivada. Las indicaciones fueron: HDOO en 4 casos, sospecha de enfermedad de Crohn (EC) 3 pacientes, EC de colon confirmado 1 caso y 2 casos con poliposis múltiples. Todos fueron preparados previamente con dieta pobre en residuos y solución de polietilenglicol; 8 pacientes ingirieron espontáneamente la cápsula y 2 por su edad y/o estado clínico requirieron de su inserción endoscópica. Resultados. En todos los casos la exploración fue completa, desde la boca al ano. Se registraron un mayor número de imagines de altísima calidad y la visión bi direccional facilito la mejor evaluación del ID durante las contracciones peristálticas. La visualización de todo el tubo digestivo permitió valorar el grado del compromiso de todo el tubo digestivo en los casos de poliposis y en un caso con S. de Blue Rubber Bleb Nevus. Se descartaron lesiones digestivas en las casos con sospecha de EC, y el compromiso del ID en el caso de EC del colon y se documento la causa de la HDOO en 3/4 casos así como la presencia de lesiones asociadas o concomitantes. La evacuación espontánea de la cápsula se produjo en un tiempo variable de 3 á 12 Hs. y no se presento ninguna complicación relacionada con el procedimiento. Conclusiones. La cápsula colonica puede ser utilizada en pediatría y cuando se la administra con una técnica modificada permite evaluar todo el tubo digestivo, convirtiéndola en una alternativa superadora.

TO/P - 01

REFUERZO DE LA HIATOPLASTIA CON BIOMATERIALES EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO LAPAROSCÓPICA

Nieponice, A(1); Dimasi, L(1); Spataro, C(1); Bendersky, D(1); Badaloni, A(1)
(1)Fundacion Favaloro. Argentina.

Introducción. La migración de la funduplicatura por falla del cierre en la hiatoplastia es uno de los mecanismos más frecuentes de fracaso de la cirugía antirreflujo laparoscópica. La utilización de un biomaterial en el cierre del hiato diafragmático permite reforzar los tejidos con la intención de disminuir el número de recurrencias, evitando los riesgos de inclusión que poseen los materiales no biológicos. Métodos. Se presentan 10 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico con indicación de cirugía de Nissen. La indicación de refuerzo de la hiatoplastia se decidió en base a los hallazgos quirúrgicos por debilidad de los pilares, el tamaño del defecto al finalizar la disección de la hernia hiatal o en aquellos pacientes donde su actividad habitual involucraba esfuerzos abdominales extremos. Posterior al cierre del hiato, se colocó un andamio biológico derivado de la matriz extracelular de la vejiga porcina, en forma de U, apoyado sobre los pilares y extendiéndose por las correderas que forman los mismos. El andamio se fijo a los tejidos subyacentes con tackers de titanio. Mediana de segumiento: 7 meses. Resultados. En todos los pacientes se terminó el procedimiento en forma satisfactoria. El tiempo promedio de colocación del andamio fue de 8 minutos. No se registraron síntomas postoperatorios compatibles con inclusión, erosión o protrusión del andamio en el tubo esofágico. En el tiempo de seguimiento no se registró ninguna recurrencia de la hernia hiatal y el 100% de los pacientes se mantiene asintomático y sin ingesta de IBP. Los efectos adversos más frecuentes fueron relacionados con la funduplicatura, incluyendo bloating (20%), meteorismos (30%) y diarreas explosivas (10%). Conclusiones. A diferencia de otras regiones de la pared abdominal, la utilización de mallas en el hiato diafragmático es controvertida debido al riesgo de inclusión de la misma por su contacto directo con el esófago. Esto hace que solo se utilice en casos de extrema necesidad. El biomaterial utilizado en este caso, no posee riesgos ya que es biodegradable y puede ser una alternativa para no limitar al cirujano en sus indicaciones. Si los resultados a largo plazo demuestran una disminución significativa en la tasa de recurrencias sin efectos adversos asociados al uso del andamio, se puede pensar en su utilización en forma rutinaria más allá del tamaño o la calidad del defecto anatómico.

TO/P - 02

ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: CURVA DE APRENDIZAJE EN UN GRUPO DE ALTO VOLUMEN

Nieponice, A(1, 2); Dimasi, L(1, 2); Spataro, C(1, 2); Bendersky, D(1, 2); Kenar, M(2); Badaloni, A(1, 2)
(1)Fundacion Favaloro (2)Clinica San Camilo. Argentina.

Introducción. La esofaguectomía total sigue siendo el tratamiento de elección para la gran mayoría de los tumores del esófago. Debido a su alta complejidad, se considera que solo debe hacerse en centros de alto volumen para aumentar la posibilidad de buenos resultados. La esofaguectomía mínimamente invasiva aparece como una alternativa interesante para disminuir la morbilidad asociada. En este trabajo se presentan los pasos claves y limitaciones, evaluados durante la curva de aprendizaje de un grupo con amplia experiencia en cirugía esófago gástrica. Metodos. durante la curva inicial de aprendizaje se realizaron 7 abordajes toracoscópicos y 6 abordajes laparoscópicos. Para la reconstrucción se realizó una gastroplastia con anastomosis intratorácica en 3 casos y cervical en 4. Se evaluaron las limitaciones y los aspectos favorables de cada paso clave, tratando de relacionar qué instancias del entrenamiento previo del cirujano resultaron esenciales para alcanzar los objetivos. Resultados. La esofaguectomía se realizó con éxito en todos los casos con una morbilidad del 15% y una mortalidad del 0%. Los pasos que más limitaciones presentaron fueron la realización de la piloroplastia y la yeyunostomía por via laparoscópica y la anastomosis toracoscópica. La esqueletización del estómago, la confección del tubo gástrico y la disección transhiatal y/o transtorácica del esófago así como la linfadenectomía resultaron muy favorables con poca manipulación de los órganos y una clara exposición y acceso. En los casos que se realizaron por vía laparoscópica hubo una clara disminución de las pérdidas insensibles por exposición de vísceras, que se vio reflejada en la menor necesidad de líquidos durante la resucitación anestésica y una disminución en la respuesta inflamatoria sistémica durante el postoperatorio inmediato. Con respecto al entrenamiento previo del cirujano, el manejo habitual de la técnica de esofaguectomía por vía convencional y la amplia experiencia en la cirugía antirreflujo laparoscópica resultaron fundamentales en la implementación de este nuevo procedimiento. Conclusión. La esofaguectomía mínimamente invasiva es una opción atractiva para disminuir la morbimortalidad de una cirugía de alta complejidad. Aún en grupos de alto volumen, la curva de aprendizaje es importante y debe hacerse en forma metódica y paulatina para familiarizarse con los múltiples gestos quirúrgicos mini invasivos. Las comparaciones con la técnica convencional para evaluar beneficios desde el punto de vista de recuperación, días de internación y otros parámetros habituales deben realizarse una vez terminada la puesta a punto del método y con un adecuado número de casos.

TO/P - 03

UTILIDAD DE LA CROMOENDOSCOPÍA VIRTUAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL ESÓFAGO DE BARRETT

Sala Lozano, A(1); Juratich, E(1); Majul, A(1); Haller, C(1); Brodersen, C(1); Segal, E(1); Padin, L(1)
(1)Hospital Durand. Argentina.

Introducción. El Esófago de Barrett (EB) es una condición preneoplásica bien conocida. Hasta el momento no se cuenta con métodos adecuados de diagnóstico y seguimiento. La cromoendoscopía presenta una opción viable para el direccionamiento de las biopsias. Se han propuesto varias clasificaciones para identificar los patrones mucosos en el EB, la publicada por Takao et al es una de las más utilizadas. Objetivos. Presentar los resultados del direccionamiento de biopsias, basado en la clasificación de Takao, en 29 pacientes con EB utilizando la cromoendoscopía virtual para el realce de los patrones mucosos. Materiales y Métodos. Se realizó endoscopía con gastroscopio EG-590 ZW y procesador EPX – 4400, Fujinon Corp, con alta resolución, magnificación y cromoendoscopía virtual. Se seleccionaron 29 pacientes con sospecha endoscópica de metaplasia intestinal mayor a 0.5 cm. Se utilizó magnificación óptica y FICE 2 para evaluar el patrón mucoso según la Clasificación de Takao y se direccionaron las muestras de biopsia hacia las regiones con patrón mucoso más representativo. Análisis estadístico: se llevó a cabo un estudio por paciente. Los resultados de los patrones mucosos, la anatomía patológica y las variables estadísticas se muestran en la Tabla 1. Conclusión. La cromoendoscopía virtual tiene la ventaja de ser una técnica rápida y limpia que podría reemplazar la endoscopía convencional en el diagnóstico del EB. Hasta el momento se han realizado pocos trabajos en esta área. La principal desventaja de esta técnica es la curva de aprendizaje relativamente prolongada que podría haber afectado el resultado final.

Tabla 1. Relación entre patrón mucoso, histología y variables estadísticas.

Patrón Mucoso	Nº Pacientes	Sin Barrett	MI incompleta	S	E	VPP	VPN
Takao I	1	100%	0%				
Takao II	6	100%	0%				
Takao III	11	27.3%	72.2%	47	75	73	50
Takao IV	9	22.3%	77.7%	41	83	78	50
Takao V	2	0%	100%				

TO/P - 04

PREVALENCIA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES CON SINTOMAS DE REFLUJO

Jeannot, J(1); Curvale, C(1); Leibovich, N(1); Haller, C(1); Segal, E(1); Brodersen, C(1); Torrico, J(1)
(1)Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

Introducción. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad recurrente relacionada con el flujo retrógrado del contenido gástrico (con o sin contenido duodenal) al esófago o a los órganos adyacentes.[1] Presenta un espectro variado de síntomas que deterioran la calidad de vida del paciente y pueden presentarse con o sin daño tisular. Objetivo. Determinar la prevalencia de esofagitis en pacientes con síntomas típicos de ERGE que tengan indicación de VEDA. Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de tipo corte transversal desde marzo del 2008 hasta marzo del 2010. Durante el período de estudio se realizaron 3677 endoscopías en la unidad, de las cuales 840 correspondieron a pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se observó la prevalencia de pacientes con enfermedad erosiva; y se categorizó cada uno de acuerdo a la clasificación endoscópica de Los Angeles. Resultados. Del total de endoscopías realizadas en pacientes con sintomatología de ERGE, se observó esofagitis en 285 endoscopías. Se categorizó en esofagitis A a 205 pacientes, B a 63, C a 11 y D a 6 pacientes. Conclusión. Se observó un alto porcentaje (33,92%) de pacientes con síntomas de ERGE que presentaron lesiones causadas por reflujo en la endoscopía. Los resultados de este trabajo muestran una alta prevalencia de esofagitis por reflujo en nuestro medio.

TO/P - 05

ENFERMEDAD CELIACA: APORTE DE LA ENDOSCOPÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

Juratich, E(1); Leibovich, N(1); Majul, A(1); Lubieniecki, D(1); Brodersen, C(1); Segal, E(1)
(1)Carlos G. Durand. Argentina.

Introducción. La sensibilidad de los marcadores endoscópicos en la enfermedad celiaca para predecir la existencia de daño histológico ha variado a lo largo de los años y los últimos trabajos han revelado unas cifras de sensibilidad diferente y menor. Objetivos. Evaluar el potencial endoscópico de la magnificación con cromoendoscopía para predecir las características morfológicas de las vellosidades duodenales, correlacionando los hallazgos endoscópicos con los resultados anátomo-patológicos. Materiales y Métodos. Se incluyeron 284 pacientes con sospecha de Enfermedad Celiaca o pacientes que por otros motivos requirieron una endoscopia digestiva alta y presentaron signos endoscópicos de atrofia vellositaria. En todos los casos se utilizaron Equipos Fujinon EPX 4400 con endoscopio EG-590ZW. Resultados. De los 284 pacientes seleccionados 21 pacientes (7,4%) resultaron ser enfermos celiacos confirmados por histología y serología. En dos pacientes no se encontraron signos endoscópicos de atrofia vellositaria macroscópica pero sí se logró visualizarla a través de la magnificación y cromoendoscopía. Se demostró que el patrón de atrofia vellositaria que muestra vellosidades aplanadas e irregulares con surcos que simulan un patrón "cerebroide" con pérdida parcial del patrón vascular, tiene extrema correlación con la clasificación histológica MARSH 3 B. Conclusión. Se puede concluir que todo paciente que presente ese patrón cerebroide tiene alta probabilidad de ser un enfermo celiaco y se podría corresponder con una atrofia vellositaria subtotal por histología. Demostrar la atrofia en tiempo real permitiría dirigir las biopsias aumentando así la sensibilidad y el rédito diagnóstico. La cromoendoscopía virtual facilitaría el diagnóstico de atrofia vellositaria y en un futuro podría superar a la endoscopia convencional siendo además un método simple, rápido y seguro.

TO/P - 06

ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA EN HOSPITAL PUBLICO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Villaverde, A(1); Baldoni, F(1); Tufare, F(1); Chopita, N(1)
(1)Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

Introducción. El ultrasonido endoscópico si bien no es una practica desconocida en nuestro medio es en los últimos años en los cuales ha tomado mayor impulso y de hecho ya encontramos cada vez mas espacio para el desarrollo académico de este método en las reuniones científicas tanto teoricas como practicas que se desarrollan en nuestro país. Objetivo. Presentar la experiencia en ecoendoscopia diagnostica e intervencionista que se ha desarrollado en nuestro servicio de gastroenterología durante los últimos cinco años y fomentar el desarrollo de nuevos grupos de trabajo en nuestro país a través de la difusión del método. Material y método. se reviso nuestra base de datos de ecoendoscopias desde julio de 2004 hasta diciembre de 2009 y posteriormente se las dividió en cuatro grupos de acuerdo al equipo utilizado y al procedimiento realizado. Resultados. Se obtuvo un total de 3870 procedimientos de los cuales 1400 se realizaron con minisonda radial Olympus con frecuencias variables de 7,5 a 30 mhz, 1580 con equipo radial Olympus 160 de 4 frecuencias (5,7.5, 12 y 20 mhz) y 890 con equipo linear terapéutico Olympus 160 de las cuales 220 (aprox el 25%) fueron con puncion dirigida. Posteriormente se revisaron las patologías halladas haciendo una correlacion histológica de las mismas en los casos posibles (se detallan en el trabajo completo con fotos ilustrativas). Se realizo un análisis de la demanda creciente con el transcurso de los años. Conclusión. La ecoendoscopia diagnostica y terapéutica es un procedimiento con demanda cada vez mayor y en la actualidad existen pocos centros con equipamiento y personal (profesional y no profesional) entrenado para desarrollarlo. De estos, en la actualidad, solo uno es un centro público. Es de esperar que a través de la difusión se incentive a los profesionales endoscopistas a incursionar en este método que cuenta cada vez con mayores indicaciones y perspectivas de desarrollo fundamentalmente en el campo intervencionista que ya ha dejado de ser meramente diagnostico sino también terapéutico.

TO/P - 07

INCREMENTO DEL RIESGO DE POLIPOS DE GLANDULAS FUNDICAS EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Promenzio, EM(1); Alach, E(1); Crispiani, R(1); De Maria, J(1); Santos, C(1)
(1)Servicio de Gastroenterologia del Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

Introducción. Los pólipos gástricos de glándulas fúndicas tienen una prevalencia variable. Endoscópicamente se caracterizan por ser múltiples, sésiles o subpediculados, < 5 mm y ubicarse en el techo y cuerpo. Histológicamente presentan una arquitectura glandular fúndica con dilataciones y microquistes. Pueden ser esporádicos o encontrarse asociados a PAF. En los últimos años se ha descripto su asociación con el uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Si bien la polipectomía es un método sencillo y seguro, debido a la benignidad de estos pólipos cabría establecer la necesidad de terapéutica endoscópica en estos pacientes y la necesidad o no de suspender los IBP. Otro punto discutido es la necesidad de control endoscópico. Objetivo. Reportar en la población estudiada la incidencia de pólipos gástricos de glándulas fúndicas, las características endoscópicas y su probable asociación con el consumo prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Materiales y Métodos. Se realizó un estudio prospectivo, donde se incluyeron 4.505 pacientes sometidos a video endoscopía digestiva alta (VEDA) bajo sedación entre enero de 2007 y marzo de 2010 en el servicio de Gastroenterología del Hospital Italiano de La Plata. Se evaluó la presencia de pólipos gástricos y sus características endoscópicas (número, tamaño, morfología y ubicación). Se realizó polipectomía de algunos/todos los pólipos y se obtuvo diagnostico histopatológico. Los pacientes con PGF y PAF fueron excluidos del estudio. Luego de la endoscopia se les realizó a los pacientes un cuestionario sobre uso de IBP (droga y tiempo de utilización). Resultados. Se observaron pólipos gástricos en 365 pacientes (8,1%) de los cuales 135 pacientes (37%) presentaron PGF que se tomaron para el análisis. En ninguno de los PGF se hallo displasia. La edad promedio fue de 58 años y el sexo femenino en el 55,1% La morfología mas frecuente (97%) fue el tipo Yamada II y III y la ubicación en cuerpo y techo gástrico 42,2%. En un 76,3% se encontraron < 10 pólipos y en un 85,2% el tamaño fue < 10 mm. Se constato ingesta de IBP en el 76,3% de los pacientes, de los cuales 97 (71,9%) tenían consumo por mas de 1 año. El IBP consumido más frecuentemente era el omeprazol 56,2%, si bien no hubo diferencias de clase con otras drogas. Conclusiones. En nuestro medio el uso crónico de IBP podría relacionarse con una mayor incidencia de pólipos gástricos de glándulas fúndicas tipo Yamada II y III en concordancia con reportes similares de la literatura internacional, si bien no parecería aumentar el riesgo de displasia.

TO/P - 08

COMPLICACIONES EN LA COLOCACIÓN DE LAS GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS. (NUESTRA EXPERIENCIA)

Copello, H(1); Romo, R(1); Ayunta, H(1); Chaves, E(1); Fernandez, R(1); De Mingo, L(1); Dolan, M(1); Scacchi, A(1); Rainero, G(1)
(1)Churruca-Visca. Argentina.

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea es un método seguro y efectivo. Ofrece una nutrición enteral prolongada en pacientes con dificultad para ingerir alimentos por vía oral o que al hacerlo presentan un alto riesgo de aspiración. Sin embargo pueden ocurrir complicaciones luego de su realización. Objetivo. El objetivo de este trabajo fue evaluar y comentar nuestra experiencia en la realización de las gastrostomías endoscópicas percutáneas, determinando la incidencia de complicaciones en un período de 10 años. Material y métodos. Se realizaron 277 procedimientos en 195 pacientes, con un promedio de edad de 72 años (15 - 97). Las causas neurológica constituyeron la principal indicación. Fue requisito contar con un tiempo de protrombina normal, plaquetas por encima de 100,000/ mm3, limpieza bucal, ayuno y la administración de antibióticos previo al procedimiento. Utilizamos los sets comerciales en 237 casos, y en 40 pacientes, utilizamos gastrostomas fabricados en nuestro Servicio. La técnica utilizada en todos los pacientes fue la de Pull de Ponsky y Gauderer. Resultados. Se completaron 277 procedimientos en 195 pacientes. Durante la colocación del gastrostoma ningún paciente tuvo complicaciones. Se presentaron complicaciones en 78 pacientes (28,5% de los procedimientos); mayores en el 33% y menores en el 66%. Entre las complicaciones mayores, hemos tenido perforación gástricas (2,5%) en dos pacientes, fascitis necrotizante de la pared abdominal en 1 paciente. Siete de los 40 pacientes con los gastrostomas creados en el Servicio presentaron el "sindrome del tope incrustado" (9% del total de complicaciones). En 15 pacientes (19%) hubo desplazamiento inadvertido de la sonda de gastrostomía. En un paciente se diagnóstico una fistula colonocutánea que se reparó quirúrgicamente. Dentro de las complicaciones menores la más frecuente fue la infección de la pared abdominal periostoma, presentándose en 24 pacientes (30 % de las complicaciones). En 12 pacientes hubo fuga periostoma (15,4% de las complicaciones); y disfunción del tubo en 7 pacientes (9% de los procedimientos). Hemorragia de la pared abdominal en 4 pacientes (6,4% del total de complicaciones). Un caso de hemoperitoneo como consecuencia de la laceración de un vaso de la pared gástrica. En 2 pacientes se evidenciaron signos de neumoperitoneo sin significación clínica. Un paciente presentó una ulceración cutánea secundaria al ajuste excesivo del tope externo (1,3% de las complicaciones). Conclusión. La colocación definitiva o transitoria de los gastrostomas, por vía endoscópica percutánea, constituye una modalidad a elegir para aquellos pacientes que necesitan nutrición enteral prolongada por diferentes causas. Si bien varios estudios demostraron que su técnica es sencilla y que es un procedimiento seguro, su colocación puede acarrear varias complicaciones que hay que tenerlas presentes.

TO/P - 09

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS, RESULTADOS DE BIOPSIAS GÁSTRICAS Y POSITIVIDAD DE H. PYLORI EN PACIENTES OBESOS ASINTOMÁTICOS EN PLAN DE EVALUACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Luna Tirado, H(1); Seiguerman, J(1); Casteletto, E(1); Iogna, AM(1); Cavo, R(1); Belloni, R(1); Belloni, P(1)
(1) Hospital Español.

Introducción. Se evaluaron los resultados de las Video Endoscopías Digestivas Altas, de las biopsias de mucosa gástrica y las valoraciones de positividad de Helicobacter pylori (HP) en 100 pacientes asintomáticos desde el punto de vista digestivo, que fueron estudiados dentro del plan de evaluación para candidatos a cirugía bariátrica, en el Hospital Español de La Plata desde el 1 de julio de 2008 al 14 de enero de 2010. Material y métodos. Se incluyeron los pacientes obesos que fueron derivados para examen endoscópico, dentro del esquema de evaluación de candidatos para cirugía bariátrica. En todos los casos se trataba de pacientes que no presentaron síntomas digestivos altos en los últimos 3 meses, que no recibieron antibióticos en el mismo lapso y que no hubieran estado medicados con IBP en el último mes. No fueron considerados, los pacientes que se encontraran con síntomas en el periodo referido y fueron descartados los casos cuyas muestras fueran insuficientes o inadecuadas para la evaluación. Resultados. Anatomía patológica: positividad de HP: En 28 de los 100 pacientes se detectó positividad para HP. En todos los casos este hallazgo coincidió con la descripción histológica de la presencia de gastritis crónica. Restan entonces 72 pacientes que presentaron negatividad para HP. De este grupo, 24 mostraban gastritis crónica en el análisis microscópico. Análisis histopatológico: En 39 pacientes se reportó una biopsia normal, en todos los casos con HP negativo. Se detectaron 52 pacientes con gastritis crónica, 28 de ellos con HP positivo y 24 con HP negativo. Los pólipos gástricos encontrados fueron 7, en todos los casos hiperplásicos. Las biopsias de las tres úlceras gástricas demostraron gastritis crónica, en uno solo de los casos con positividad de HP. Se halló un caso de atrofia vellositaria de la segunda porción duodenal. Las esofagitis halladas fueron en todos los casos Grado I ó Grado II de la clasificación de Savary- Miller. En seis casos se observó la presencia de alimentos a pesar del ayuno igual o mayor a 6 horas. Este hallazgo pudiera ser considerado una evidencia de retraso evacuatorio gástrico. Sin embargo debemos considerar algunas peculiaridades de este grupo de pacientes y considerar que en algunos casos puede no haberse cumplido el ayuno indicado sin que una ingesta fuera de lo solicitado sea aceptada por el paciente (Tabla 1). Conclusiones. Llama la atención la baja prevalencia de HP en la población estudiada (28%). No poseemos una explicación concluyente sobre este hecho, aunque puede tenerse en cuenta que debido a la frecuencia de patologías coexistentes estos pacientes realizar tratamientos que incluyen ATB con frecuencia. En el estudio solo se descartaron los casos en que se recibieron en los últimos tres meses. La mayor parte de los resultados endoscópicos arrojó normalidad o hallazgos de menor relevancia como cambios erosivos. Las esofagitis halladas fueron siempre leves o moderadas. Todos los pólipos detectados fueron hiperplásicos.

Tabla 1. Resultados

Normales	23
Hernia hiatal	28
Esofagitis	25
Ulceras gástricas	3
Pólipos gástricos	7
Alimentos a pesar del ayuno	6
Gastropatáa erosiva/bulbitis erosiva	31
Patrón empedrado	4
Esófago de Barrett	1
Lesiones submucosas	1
Dismunucion pliegues 2da porción duodenal	1
	130

TO/P - 10

ADENOMAS ASERRADOS DE COLON: UNA LESION DE DIAGNOSTICO EMERGENTE

Mediavilla, R(1); Pasqua, A(1); Dutack, A(1); Merlin, M(1); Poczter, N(1); Weinstock, D(1); Varsky, C(1)
(1)Centro de Gastroenterologia y Endoscopia Digestiva, Consultorios Medicos Privados, Ramos Mejia. Argentina.

Introducción. Los pólipos aserrados son diferentes de los pólipos adenomatosos tradicionales y pueden presentar heterogeneidad molecular y morfológica, además de tener un riesgo potencial de transformación maligna, siendo una vía alternativa para el desarrollo del cáncer de colon. Objetivos. El objetivo principal fue determinar la presencia y rasgos de los adenomas aserrados de colon, a partir de la caracterización de esta lesión entre patólogos y endoscopístas del grupo de trabajo, enfatizando en la localización, los rasgos macroscópicos y la presencia de lesiones concomitantes. El objetivo secundario fue definir el perfil de la población afectada enfatizando en sus características demográficas y en los antecedentes médicos personales y familiares. Materiales y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo de nuestra base de datos de los pacientes que presentaron lesiones aserradas de colon entre enero de 2008 y marzo de 2010. Se determinó la localización, rasgos macroscópicos, presencia de lesiones sincrónicas, características demográficas y antecedentes médicos de estos pacientes; como así también, en aquellos en los que se efectuó vigilancia endoscópica, se consignó el intervalo de seguimiento y la presencia de lesiones metacrónicas. Resultados. En el período establecido se efectuaron 3218 colonoscopías y se lograron identificar 146 lesiones aserradas de colon en 79 pacientes (2,4%). El 71% eran mujeres y la edad promedio de los pacientes fue de 58 años. El 40 % presentaba antecedentes familiares de CCR o pólipos colónicos. El 33% de las colonoscopías fueran solicitadas por screening/pesquisa de cáncer de colon. El 52% se localizaba en ciego y colon ascendente (16% y 36%, respectivamente). En cuanto a los rasgos macroscópicos: el 55 % eran lesiones sésiles y el 40% planas. En su mayoría (76%) eran rosadas y midieron entre 5 y 9 mm. (48%). En 48 pacientes (61%) se encontraron lesiones sincrónicas, principalmente adenomas. Se asociaron con cáncer de colon en el 5%. Cerca del 20% de los pacientes a los cuales se les efectuó vigilancia endoscópica dentro del primer año, presentaron nuevas lesiones aserradas y en un paciente se diagnosticó adenocarcinoma intramucoso en colon ascendente que fue resecado con técnica de mucosectomía. Se efectuó polipectomía en el 68% de las lesiones y mucosectomía en el 19%. Conclusiones. A partir de la adecuada caracterización por patólogos y endoscopístas, la prevalencia de estas lesiones en nuestro estudio es baja, aunque no despreciable. El aspecto es poco evidente (lesiones rosadas sésiles o planas, de escaso volumen), se localizaron en un elevado porcentaje en ciego y colon ascendente y presentaron asociación a cáncer de colon, esto hace imprescindible una adecuada exploración del colon derecho y remoción de las mismas, por ser consideradas una vía alternativa para el desarrollo de cáncer de colon.

TO/P - 11

CANULAR LA VALVULA ILEOCECAL DURANTE UNA COLONOSCOPIA ¿PARA QUÉ SIRVE?

Baz, RA(1); Maceratini, JR(1); Guman, N(1)
(1)Clínica Constituyentes. Argentina.

Objetivos. Determinar si el entrenamiento en la canulación de la válvula ileocecal (VIC) y exploración del íleon distal resulta útil en el acortamiento de los tiempos demostrando una curva de aprendizaje. Establecer el valor diagnóstico de la exploración rutinaria del íleon distal. Determinar las causas que dificultan la canulación de la VIC y exploración del íleon distal. Establecer relación costo-beneficio. Material y método. Se incluyeron 100 pacientes consecutivos admitidos para colonoscopía por indicaciones diversas. Se dividieron en dos grupos: I correspondiente a los primeros 50 pacientes y II correspondiente a los segundos 50 pacientes. Hubo 63 mujeres y 37 varones con un promedio de edad de 53,9 años (rango de 21 a 88). Se excluyeron pacientes con resecciones de colon, estenosis infranqueable, alto riesgo anestésico, pancolitis ulcerosa y coagulopatía. Se midió el tiempo de llegada al ciego (TC), el tiempo consumido en la canulación de la válvula ileocecal (TVIC), el tiempo de exploración del íleon distal (TI), longitud del íleon explorado (LI), el tiempo de salida del colon (TS) para cada paciente. Resultados. El éxito de canulación fue del 92%. El tiempo promedio de canulación de la VIC para los 92 pacientes fue de 1m 22seg demostrándose una mejora en el grupo II con respecto al grupo I (1m 4seg vs 1m 39seg). El tiempo promedio de exploración del íleon distal fue de 48 seg para los 92 pacientes con una mejora no significativa entre grupo II y grupo I (43seg vs 52 seg) sin incrementarse en forma significativa la longitud total del íleon recorrido (grupo I 13,55 cm, grupo II 11,88 cm, global 12,44 cm).20 casos mostraron alteraciones ileales siendo el diagnóstico endoscópico hiperplasia nodular linfoide en 12, ileítis en 4, várice ileal en 1, mucosa atrófica en 1, aftas ileales en 1. Se tomaron biopsias en todos estos casos siendo el diagnóstico anatomopatológico: HNL en 8 casos, inflamación crónica inespecífica en 5, ileítis crónica reagudizada en 1, mucosa edematosa en 3, colitis eosinofílica de la vertiente ileal de la válvula ileocecal en 1, aumento del número de linfocitos intraepiteliales en 1 y enfermedad de Crohn en 1. Se encontraron anormalidades macroscópicas en el 21,73% de los casos. De ellos la conducta médica fue impactada en 3 pacientes (3,26%). Uno para investigar enfermedad celíaca, otro para investigar hipertensión portal y finalmente otro al que se diagnosticó enfermedad de Crohn. El tiempo promedio consumido en estudiar el íleon resultó ser el equivalente a 12 colonoscopías (13,04%), considerado como el costo de la citada exploración. Conclusiones. La necesidad de entrenamiento permanente para explorar el íleon en los casos en que resulte mandatorio genera un interrogante no resuelto cuando se contrapone con el escaso valor clínico de los hallazgos. El valor clínico de un estudio negativo no es despreciable. El endoscopista debe realizar el examen más completo que se pueda para cada caso.

TO/P - 12

FRACASO DE LLEGADA AL CIEGO DE LA COLONOSCOPÍA EN PACIENTES DE 80 O MÁS AÑOS. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Chaves, E(1); Romo, R(1); Jalif, A(1); Chaves, MS(2)
(1)Centro Medico Cerviño (Ciudad Autonoma Buenos Aires) (2)Sanatorio La Entrerriana (Parana, E Rios). Argentina.

Introducción. La eficacia de la colonoscopía como método diagnóstico depende de la correcta visualización de la mucosa y la tasa de llegada al ciego. Una de las principales indicaciones de la colonoscopía es la pesquisa del cáncer colorrectal, ya que la incidencia de éste aumenta con la edad, la realización del estudio resulta relevante en pacientes de edad avanzada. Algunas series reportan un mayor riesgo de complicaciones y una menor tasa de llegada a ciego en pacientes añosos. El objetivo del presente estudio, es evaluar si la edad en pacientes de 80 o más años, se comporta como factor de riesgo (FR) para el fracaso de llegada a ciego. Pacientes y métodos. Se revisaron en el Centro Médico Cerviño (CMC) de forma retrospectiva las fichas del total de pacientes que recibieron colonoscopías entre abril del 2009 y febrero del 2010 (población de referencia PR), definiendo como llegada al ciego (endoscopía ceco+) a la visualización del implante apendicular y/o la válvula ileocecal. Se consideró caso a todos los pacientes en los que no se alcanzó el ciego en la colonoscopía (endoscopía ceco-). Los controles, con una relación de 4:1 respecto de los casos, fueron seleccionados en forma aleatoria entre los no-casos (endoscopía ceco+) de la misma PR, con un programa estadístico. La exposición o FR de interés, fue la edad avanzada, definida como ≥ 80 años. El único criterio de exclusión fue la presencia de patología orgánica que impidiera la llegada a ciego. Se planeó evaluar las variables confundidoras en la relación edad avanzada y fracaso de llegada a ciego; entre ellas: sexo femenino, mala preparación y cirugías previas. Se comparó la frecuencia con que se presenta la exposición de interés en el grupo de casos vs el grupo de controles, considerándose significativas diferencias con una $p < 0.05$. Se efectuó análisis univariado y multivariado por regresión logística. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Stata 8. Resultados. Se seleccionaron para el estudio 387 colonoscopías. Los casos resultaron ser 34 pacientes (8,8%); respetando la relación 4:1, se seleccionaron en forma aleatoria del total de no-casos 136 controles. Las principales características de ambos grupos se presentan en la Tabla 1. La proporción de pacientes con una edad ≥ 80 años fue de 8,8% en el grupo de casos y de 0,7% en el de controles. El análisis univariado mostró que tener una edad ≥ 80 años aumentaba en forma estadísticamente significativa el riesgo de obtener una endoscopía ceco- (p = 0,03). En el análisis multivariado, la edad ≥ 80 se mantuvo como un factor de riesgo independiente para el fracaso de la llegada a ciego con una p = 0,036 y un OR [CI 95%] = 12 [1.2, 121]. No se pudieron analizar 'mala preparación' y 'cirugías previas por registración inadecuada. Conclusión. En el presente estudio observamos que la edad ≥ 80 años se comporto como un factor de riesgo independiente para el fracaso de la llegada a ciego.

Tabla 1. Relación entre patrón mucoso, histología y variables estadísticas.

	Casos	Controles	Diferencia
n	34	136	1 : 4
Edad: años (± SD)	54 (± 14)	57 (± 12)	NS
Varones: n (%)	11 (32)	67 (49)	NS
Hemorroides: n (%)	1 (3)	14 (10)	NS
Divertículos: n (%)	8 (23)	25 (18)	NS
Pólipos: n (%)	8 (23)	37 (27)	NS

TO/P - 13

TRATAMIENTO CON COAGULACIÓN CON ARGÓN PLASMA DE LA RECTITIS ACTÍNICA

Viscardi, J(1); Jeannot, J(1); Torrico, J(1); Souto, G(1); Padin, L(1); Brodersen, C(1); Segal, E(1)
(1)Hospital Carlos G. Durand. Argentina.

Introducción. La rectitis actínica es una complicación frecuentemente asociada al tratamiento radiante de los tumores malignos del área pélvica. Se presenta hasta en el 20% de los pacientes que reciben radioterapia pélvica y en un intervalo de tiempo que puede oscilar entre los tres meses y los treinta años después de la conclusión del tratamiento. Objetivos. Analizar nuestra experiencia reciente del tratamiento con argón plasma (APC) en esta entidad y observar qué respuesta se obtuvo, dado que según la bibliografía este procedimiento sería de elección para estos pacientes y que se dispone de pocos centros endoscópicos a nivel municipal como el Hospital Durand que cuentan con esta técnica. Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo entre enero de 2007 y junio de 2009 evaluando los pacientes sometidos a tratamiento endoscópico con APC. Se incluyó a 15 pacientes con diagnóstico de rectitis actínica de sexo masculino con antecedentes de adenocarcinoma de próstata con tratamiento adyuvante con radioterapia (RT), cuyas lesiones rectales fueron halladas en un período posterior a la RT que osciló entre los 12 meses y los 6 años. Resultados. Del volumen de pacientes a los que se realizó tratamiento con APC, 4 de ellos (26,7%) requirieron 5 sesiones, 6 de ellos (40%) necesitaron 3 sesiones, a 3 pacientes se les practicaron 2 sesiones (20%), y a 2 se les realizó una sola sesión pero no regresaron a la consulta (13,3%). En los pacientes que continuaron su seguimiento se observó remisión clínica y endoscópica, variando el número de sesiones requeridas, sin que se repitieran episodios de hematoquezia en ninguno de ellos. La media de sesiones en conjunto fue de 3 terapéuticas por paciente. No se observaron complicaciones mayores en ninguno de los pacientes tratados. Conclusiones. Nuestra experiencia se condice con la literatura en que el tratamiento de la rectitis actínica con coagulación con argón plasma sería la terapia de elección.

CC/O - 01

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE. PRESENTACIÓN INUSUAL

Trakal, JJ(1); Barril, S(1); Trakal, E(1); Zárate, F(1); Butti, A(1); Armando, L(1); Bernhardt, C(1)
(1)Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina.

Caso clínico. Paciente masculino de 26 años de edad que consultó por dolor epigástrico de 24 horas de evolución, continuo, con irradiación en hemicinturón izquierdo, de moderada intensidad, que no cedía con analgésicos comunes, que ya había presentado en otras oportunidades por lo cual requirió internación, acompañado de un episodio de vómito alimenticio. Al examen físico: FC 100 lat.x min, TA 100/80 mmHg, afebril, FR 18 x min. Abdomen plano, con defensa en meso y epigastrio, RHA disminuídos en frecuencia e intensidad. Laboratorio: 12500 GB (80-15-3-2). Hto 40, Hb 13,1, Amilasa 780, función renal, hepatograma normal y perfil lipídico normal. Ecografía Abdominal: El páncreas se presenta aumentado de tamaño, con aumento de la ecogenicidad. Presencia de líquido peripancreático y periduodenal. Ausencia quirúrgica de la vesícula biliar. TAC de abdomen: El páncreas se observa moderadamente aumentado de tamaño, de contornos difusos con edema en la grasa periférica que la rodea y a nivel de facias y celda renal derecha a favor de pancreatitis. En 3º porción duodenal se observa imagen polipoidea endoluminal, de 3 cm. hipodensa, inhomogenea de bordes nítidos con probable pedículo. APP: Pancreatitis aguda en 5 oportunidades (1º episodio hace 4 años), pseudoquiste pancreático, barro diagnosticada por ecografía de hace 6 meses, gastritis aguda. AQ: anastomosis cistogástrica, colecistectomía videolaparoscópica. MH: pantoprazol 40 mgr/día. ATóx: negativos. Alérgicos: negativos. Se realiza tratamiento médico para el cuadro de pancreatitis aguda leve y debido a buena evolución clínica se otorga alta sanatorial en 48 hs. Se realiza a los 15 días del alta tránsito esofagogastroduodenal bajo radioscopia digital que informa a nivel de la segunda porción duodenal, imagen pediculada móvil con el peristaltismo, compatible con pólipo pediculado. Se lleva a cabo videoedoscopía alta donde se observa pólipo de 5 cm en duodeno, de pedículo largo, implantado en el pliegue longitudinal papilar hasta 3º porción del duodeno. Se realiza una polipectomía endoscópica por segmentos del mismo y se envía a anatomía patológica. Anatomía patológica informa hamartoma. Luego de 3 años post polipectomía se presenta asintomático, sin repetir nuevos episodios de pancreatitis. El control endoscópico se muestra libre de recidivas.

CC/O - 02

STENT AUTOEXPANDIBLE COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS COMPLETA COLONICA POSTQUIRURGICA

Gandara, S(1); Berman, s(1); Trelles, F(1); Spallone, L(1); Caniggia, D; Franzosi, R(1); Zagalsky, D(1)
(1)Instituto Quirúrgico del Callao. Argentina.

Introducción. Las estenosis colónicas son frecuentes (2% a 7%), especialmente luego de usar sutura mecanica y o en resecciones bien distales. El mecanismo de acción implicado podría ser la proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno en forma de puentes. La técnica endoscópica habitual consiste en la perforación de la membrana formada y la dilatación de la estenosis con balon y/o inyección de esteroides. Nuestra estrategia fue perforar la estenosis completa de la anastomosis mediante la técnica de Rendez-vous e insertar una prótesis autoexpandible para mantener la dilatación. Material y método. Dos pacientes de sexo masculino (50 y 55 años), se presentaron al servicio con una estenosis completa de la anastomosis posterior a una cirugía de cáncer rectosigmoideo (anastomosis colorrectal termino-terminal a 8 cm proximales al margen anal). No se visualizó orificio luminal. Los pacientes no recibieron radioterapia. Uno de los pacientes nos fue referido 3 meses luego de la cirugía y el otro, 1 año después. Se introdujo un videocolonoscopio Olympus 145 por la colostomía izquierda. Desde el ano, introducimos un videogastroscopio GIF XQ. Se confirmó la visualización de los endoscopios por transiluminación, mediante radiología. Posteriormente se procedió a perforar la membrana fibrótica de la estenosis completa con la ayuda de una aguja de precorte (Boston Scientific). Inmediatamente se pasó una guía de 0.035, la cual sostenida desde el ano, permitío la colocación y apertura de una prótesis autoexpandible removible (Polyflex esophageal stent 21-25 mm de largo por 90mm-M00514330, Boston Scientific, Natick, MA 01760). Se controló la prótesis con el endoscopio localizado en situacion proximal. La expansion de la prótesis se controló radiologicamente. A los 15 dias se removió el stent. Se confirmo una luz colónica de 20 mm de diámetro y se procedió al cierrre de la colostomía, en forma quirúrgica a las 24 hrs de la remoción del stent. Comentario. Las estenosis anastomóticas postquirúrgicas colorrectales son un verdadero problema para el paciente y los cirujanos. Las complicaciones de las dilataciones incluyen sangrado, fistulización, perforación hasta en un 5 % de los casos. Los stents metalicos autoexpandibles han sido descriptos como método en la solución terapéutica de estas estenosis. Nosotros decidimos cambiar los stents metálicos por un stent removible de polyuretano. El primer paso consistió en crear un orificio nuevo e insertar el stent. Se removió el mismo luego de 14 dias y 24 hrs después se cerró la colostomía. En el control a los 6 meses se observó un lumen de 20 mm. Conclusión. Los stents autoenpandibles removibles permiten una dilatación segura y rápida en un solo paso. En una segunda instancia el stent es retirado y se cierra la colostomía. Es asi como fue tratada y resuelta la estenosis. Nosotros creemos que este método podria reducir el riesgo de complicaciones. Se deberán evaluar costos y evolución a largo plazo.

CC/P - 01

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR DISTROFICA DOMINANTE, TRATAMIENTO ESTENOSIS ESOFÁGICA

Almada, G(1); Rubio, H(1); Lettieri, S(1); Gastaminza, MdlM(1); Robledo, F(1); Palma, R(1)
(1)Hospital Paroissien La Matanza.

Introducción. Las epidermolisis ampollares (EA) o bullosas hereditarias, son un grupo de enfermedades genéticas caracterizadas por fragilidad de la piel y las mucosas, formación de ampollas y heridas muchas veces dolorosas. Es considerada una enfermedad rara, porque es de baja frecuencia, estimada en 1 de cada 50.000 recién nacidos. El aparato gastrointestinal es uno de los más comprometidos. A nivel esofágico causa estrechez y disfagia. Objetivo. Presentar un caso clínico poco frecuente y su evolución. Caso Clínico. Paciente mujer, de 57 años, con diagnóstico desde el nacimiento de Epidermiolisis Ampollar Distrófica Dominante. Antecedente de dos internaciones a los 20 y 30 años de edad por disfagia severa, resueltas con dilataciones, sin controles entre ambos episodios. A los 45 años presenta un nuevo episodio de disfagia, que se resuelve con dilatación. Consulta en diciembre de 2007 con disfagia a sólidos. Se le realiza Videoendoscopía digestiva Alta observandose lesiones ampollares destechadas con lecho rojizo, inmediatamente por debajo de cricofaringeo. No se logra franquear por estrechez de la luz a 20 cm de ADS. Se realiza dilatación neumática sin lograr mejorar el pasaje. Se programa dilatación con bujias de Savary, franqueando la estenosis. Se observa múltiples ampollas, algunas destechadas por debajo, a los 30 cm presenta otra estrechez que se vuelve a dilatar con bujias, permitiendo el paso al estómago. Refiere episodios de dolor retroesternal y pirosis, que mejoran con sucralfato y lanzoprazol 30 mg/día. Continúa en seguimiento clínico con dieta blanda, sin manifestaciones de disfagia. Consulta en febrero de este año con disfagia leve a sólidos por lo que se realiza nueva Endoscopía presentando lesiones ampollares desde cricofaringeo con estrechez a 20 cm de ADS que no permite el pasaje. Se dilata con bujias, permitiendo el paso del endoscopio. Mejoria sintomática. Conclusiones. Las epidermolisis ampollares hereditarias son un grupo de enfermedades poco frecuentes, crónicas, que requieren para su atención, la colaboración de familiares, médicos, la sociedad y el estado. Suele presentarse al nacer o en los primeros meses de vida, con erosiones y ampollas muchas veces dolorosas. Su localización en el tubo digestivo es frecuente, expresándose fundamentalmente en la boca y el esófago. Las ampollas al curar, responden producen una cicatrización y fibrosis. La estenosis esofágica por cicatrización de ampollas que son permanentes y progresivas dominan el cuadro sintomàtico. Resultan un problema serio que se observa en las EA distróficas. Por ser una enfermedad poco frecuente los profesionales no suelen tener la experiencia en la atención de estos pacientes en los que se ve comprometida la alimentación requiriendo dilataciones esofágicas periódicas, no existiendo por el momento ningún otro tipo de resolución para esta complicación.

CC/P - 02

PERFORACION ESOFAGICA

Chaar, E(1); Bichara, MF(1); LLuch, M; Marta, E(1); Di Risio, C(1); Iliescas, A(1)
(1)Jose Maria Penna.

Caso clínico. Paciente de sexo femenino, 52 años de edad. Consulta por disfagia progresiva para liquidos y solidos de 5 meses de evolucion. Al examen fisico: adelgazada, BMI: 14. Apetito conservado. Normohidratada. Antecedentes: tabaquista severa, úlcera gástrica 2005, pirosis sin tratamiento. Conducta: se solicita seriada esofagogastroduodenal, donde se observa estenosis en tercio medio esofagico. Se solicita videoendoscopía alta en la que se observa estenosis infranqueable a 34 cm. Se toman mutiples biospsias, que informan esofagitis crónica, por lo que se interpreta como estenosis péptica. Evolución: se decide realizar videoendoscopía digestiva alta para diltacion con bujías de Savary. Evoluciona con dolor torácico. Rx de torax con derrame pleural derecho. Se solicita TAC de tórax con contraste, donde se observa pasaje de contraste a cavidad pleural derecha y mediastino. Se decide internación en unidad de cuidados intensivos. El Servicio de Cirugía decide realizar gastrostomia de descarga, yeyunostomía de alimentación y avenamiento pleural derecho. Inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona con shock séptico. Se decide colocación de stent esofágico para resolución de perforación. Se realiza seriada esófago-gastro-duodenal de control sin evidencia de pérdida de contraste. Evoluciona hemodinámicamente estable, se progresa alimentación durante los 10 días posteriores a la colocación del stent. Pasa a sala general, tolera la dieta y aumenta de peso. Se planifica el retiro del stent a los 60 dias con buena evolución.

CC/P - 03

GIST GASTRICO DE RAPIDO CRECIMIENTO

Souto, LM(1); Sassone, G(1); Alvarez, Ms(1)
(1)Hospital Lucio Melendez. Argentina.

Introducción. Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Su crecimiento depende de la señalización de los genes KIT, a través de enzima tyrosin-kinasa y en menor medida del receptor alfa del factor de crecimiento plaquetario (PDGFRA). Su localización gástrica es la más frecuente. El pronóstico depende del tamaño del tumor, el índice mitótico y la presencia de metástasis al momento del diagnóstico. Con una supervivencia del 80% al 92% a los 5 años en pacientes con GIST localizado, en los que se logró la resección completa. Los métodos complementarios para su diagnóstico son esencialmente la videoendoscopía digestiva alta (VEDA), la ecoendoscopía gástrica y la presencia de la oncoproteína CD117/c-KIT, marcador imprescindible para su confirmación por inmunohistoquímica. La tumorectomia es el tratamiento de elección. El tratamiento oncológico con mesilato de imatinib (inhibidor de tirosina-kinasa), indicado como adyuvante o neoadyuvante, es la primera droga utilizada con éxito en la práctica clínica. La evaluación de la respuesta terapéutica con PET y TC helicoidal es la alternativa más confiable. Objetivo. Reportar un paciente con diagnóstico de GIST gástrico que se desarrolló en el término de 6 meses comparando registros iconográficos de la VEDA anterior. Caso clínico. Paciente masculino de 52 años que ingresa por presentar segundo episodio de HDA con descompensacion hemodinámica. Se efectua: VEDA: en antro gástrico sobre cara anterior se visualiza lesión elevada de 5 cm, con base de implantación amplia y extremo distal con umbilicación central ulcerada. Ecoendoscopía: tumor intramural hipoecogénica de la muscular propia compatible con GIST. TC abdomino-pelviana, Rx.tórax y rectosigmoideoscopía: se descarta de enfermedad avanzada o componentes de la triada de Carney. Tratamiento quirúrgico: se realiza tumorectomia convencional con margen de 5 cm. Histopatología de la pieza quirúrgica: proliferación circunscripta de células fusiformes, con 3 mitosis en 50 campos de gran aumento. IHQ: CD-117: reactivo, CD-34: reactivo, actina músculo liso: reactivo, S-100: no reactivo, desmina: no reactivo. Diagnóstico: tumor del estroma gastrointestinal. Evolución: en los controles endoscópicos y tomográficos hasta los 18 meses no hubo indicios de recidiva. Conclusiones. Se diagnosticó un GIST gástrico por métodos convencionales actuales. La intensión de esta presentación, es mostrar la rapidez de crecimiento de un GIST gástrico sin poder explicar que factor determinó esta conducta; teniendo un Índice mitótico bajo. Además, revalorizar la necesidad de la documentación iconográfica, para la revisión de las imágenes endoscópicas.

CC/P - 04

TUMOR FIBROVASCULAR ESOFÁGICO

Trakal, JJ(1); Barril, S(1); Muñoz, J(1); Sarquis, G(1); Bernhardt, C; Armando, L(1); Trakal, E(1)
(1)Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola. Argentina.

Caso clínico. Paciente femenina de 49 años de edad MC: episodio de disnea súbita al hiperextender la cabeza que requirió maniobras digitales para desobstruir vía aérea, relata haber palpado tumoración blanda a nivel de paladar duro y posterior a ello sensación de deglutir masa de consistencia sólida. Presentó cuadro de similares características con anterioridad en 2 ocasiones. Además disfagia a sólidos progresiva. No pérdida de peso, hematemesis, tos ni expectoración. APP: hipotiroidismo, HTA, AQ: cesárea, hemorroidectomía. MH: T4, pantoprazol, cinitaprida. ATóx: tabaquista leve. Se lleva a cabo VEDA a los 26 cm de la ADS lesión tumoral polipoidea de 1.5 cm de diámetro que se prolonga hasta una implantación aparente a los 13 cm de la ADS. Se toma la lesión mediante asa de polipectomía y se la desplaza hasta la cavidad oral. Se observa en forma precisa base de implantación a nivel del surco gloso-epiglótico. Se realiza cirugía endocavitaria faringolaringea video asistida donde se observa un tumor pediculado de aproximadamente 15 cm. De longitud con aparente implante en surco glosoepiglótico, se tracciona el mismo hasta la cavidad oral y posteriormente se realiza la exéresis de la lesión conjuntamente con equipo de cirugía de tórax. A.Patológica: macroscopía: formación pediculoide de 4.5x 1x1 cm, pardo beige; microscopía: lesión polipoide revestida por epitelio escamoso con acantosis que reviste estroma edematoso con áreas de fibrosis, abundantes vasos sanguíneos e infiltrado linfoplasmocitario; conclusión: pólipo fibroepitelial. Se realiza control endoscópico a los 4 meses del procedimiento quirúrgico donde no se observa lesión residual.

CC/P - 05

DILATACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA CON BALONES DE ANGIOPLASTIA. CASO CLINICO

Vidal, J(1); Reynoso, R(1); Messere, G(1); Bigliardi, R(1); Varela, A(1)
(1)Htal.Posadas Bs. As. Argentina.

Introducción. La atresia esofágica es la malformación congénita más frecuente del esófago. Requiere tratamiento quirúrgico y en un 18 a 50% de los pacientes ocurren estenosis de la anastomosis, siendo el tratamiento de elección la dilatación. Caso clínico. Presentamos un paciente nacido por cesárea, pretérmino, gemelar, portador de osteogénesis imperfecta grado III y atresia esofágica con fístula traqueoesofágica (FTE) inferior. A las 48 hs. de vida se realizó anastomosis esofágica término terminal con cierre de fístula (FTE). Al mes de de vida, se constata estenosis de esófago a nivel de la reparación quirúrgica que requiere tratamiento endoscópico. Debido a las condiciones del paciente: bajo peso (1.740 g) y riesgo de fracturas patológicas a la hiperextensión del cuello, el instrumental utilizado consistió en un broncofibroscopio de 3,5 mm de diámetro y balones de angioplastia de 2,5 hasta 4 mm de diámetro. Se requirieron dos sesiones de dilatación bajo anestesia general con control radioscópico durante y post-procedimiento. Actualmente, con 2 años de seguimiento, presenta un buen calibre esofágico que permitió al paciente una adecuada alimentación y buena progresión de peso. Conclusiones. Nuestro objetivo fue describir la técnica de dilatación empleada en un paciente con estenosis post quirúrgica de atresia esofágica, osteogénesis imperfecta y bajo peso, utilizando balones de angioplastia. Si bien no hemos encontrado reportes en la literatura con esta técnica, concluimos que la misma puede ser beneficiosa para dilatar pacientes pequeños con estenosis esofágica y patología asociada.

CC/P - 06

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS HACIA LA CAVIDAD TORÁCICA POST-ESOFAGUECTOMIA TOTAL POR CÁNCER

De Antón, R(1); Durand, L(1); Caracoche, M(1); Gimenez, M(1); Rodriguez, E(1); Arancibia, N(1); Fritz, V(1); Waldbaum, C(1); Sordá, J(1)
(1)Hospital de Clínicas "José de San Martín". Argentina.

Introducción. El bloqueo de una fístula esofágica con la vía aérea, en pacientes con cáncer de esófago, es una indicación precisa de colocación de stents recubierto. Se han presentado reportes aislados de colocación de stents para cubrir fístulas de la anastomosis esófago-gastrica post-esofaguectomía. Últimamente ha existido alguna comunicación sobre el agregado de mallas biológicas (Surgisis – matriz extracelular de submucosa de intestino delgado porcina de Cook Medical Surgery), que también fue reportado en las fístulas recto-vaginales. Objetivo. Comunicar la experiencia del Hospital de Clínicas en el uso de stents y mallas biológicas en el tratamiento en las fístulas complejas post-esofaguectomia. Pacientes y métodos. Lugar de aplicación: Hospital Universitario. Diseño: prospectivo. Poblacion: 2 pacientes (2008-2009). Método: Caso 1) Cirugía: esofaguectomía total en block y reconstrucción con ascenso gástrico por mediastino posterior y anastomosis cervical por carcinoma escamoso de tercio medio de esófago. Complicación: filtración del tubo gástrico hacia cavidad pleural derecha. Tratamiento: drenaje pleural, stent recubierto autoexpandible y malla biológica. Caso 2) Cirugía: esofaguectomía subtotal (operación de Ivor-Lewis), anastomosis esófago-gástrica en mediastino medio. Complicación: filtración de anstomosis hacia cavidad pleural derecha. Tratamiento: re-toracotomía y drenaje. Persistencia de fístula al 7º día postoperatorio, se trata con stent con malla plástica (poliflex). Migración del stent. Colocación de nuevo stent metálico autoexpansible recubierto, malla biológica y clips. Resultados. El tratamiento fue efectivo en ambos pacientes. Se retiró el stent a los 40 días, sin evidencia de fístula. Conclusiones. La colocación de stents y mallas biológicas permitió el cierre de las fístulas, y evitó la necesidad de otras operaciones.

CC/P - 07

TUMOR ESOFAGICO: CARCINOSARCOMA DE ESOFAGO

Rómbola, N; Kalousek, M; Daona, N; Pawlowski, J
Argentina.

Introducción. Tumor extremadamente infrecuente, maligno compuesto por tejido mixto de células epiteliales y elementos sarcomatosos. Objetivo. Presentar una patología neoplásica esofágica infrecuente. Caso clínico. Paciente 53 años, femenina, que refiere desde dos meses previos a la consulta, disfagia progresiva, anorexia, adinamia y pérdida de peso. Consulta a gastroenterología donde se efectúa videoendoscopía alta. Se observa a 28 cm. de arcada dentaria superior, formación polipoidea de 3 cm aproximadamente. Se toman muestras para biopsia. Resto del examen sin particularidades. Biopsia: Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a un carcinoma sarcomatoide. Se realiza una TAC que informa: a nivel del tercio distal del esófago se objetiva la presencia de opacificación de su luz aparentemente a expensas de lesión endoluminal que compromete aproximadamente el 85% de su luz en una extensión cefalocaudal aproximada de 28 mm, la imagen que compromete la luz impresiona tener base de implantación amplia en al pared lateral izquierda y haberse desarrollado de este sector hacia la luz del mismo. Tratamiento: la paciente se sometió a cirugía, realizándose una esofaguectomia total más reconstrucción con tubo gástrico. La pieza fue remitida a anatomía patológica, el resultado de la misma informa: técnicas de I.H.Q. para los siguientes anticuerpos monoclonales: pan-keratina (ae1 ae3): positivo débil, vimentina: positivo, actina muscular lisa: positivo. Corresponde a un carcinoma sarcomatoide de esofago, grado histológico 3 (pobremente diferenciado) que infiltra hasta muscular propia sin atravesarla. Ganglios periesofágicos, perigástricos y mediastinales libres de neoplasia. Comentario. El carcinosarcoma esofágico o carcinoma sarcomatoide es un tumor maligno muy infrecuente, representa el 0,1% al 0,5% de todos los tumores de esófago. En general son tumores que se localizan mas frecuentemente en tercio medio de esófago, se presenta como una masa tumoral polipoidea y que crece de manera endoluminal e invade y metastatiza en forma mas lenta. Histologicamente presenta componentes sarcomatosos y carcinomatosos. Con inmunohistoquímica presenta positividad para vimentina, pan-keratina y actina de músculo liso.

CC/P - 08

QUISTE DE DUPLICACION ESOFAGICO

Laborda Molteni, J(1); Basile, M(1); Tonn, F(1); Lopez Fagalde, R(1); Aquilini, F(1); Arco, M(1); Sindich, L(1); Villaverde, A(2)
(1)Hospital Privado de Comunidad (2)Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

Introducción. Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anormalidades congénitas raras. Pueden afectar cualquier sitio a lo largo del tracto alimentario. Consiste en estructuras quísticas esféricas o lineales compuestas por epitelio digestivo y músculo liso. Caso clínico. Se presenta una paciente de sexo femenino de 18 años de edad sin antecedentes médicos de relevancia que consultó por dolor abdominal superior recurrente, de intensidad variable con propagación dorsal sin otro síntoma referido. El examen físico fue normal y no se rescataron anormalidades en los análisis clínicos. Se realizó una tomografía axial computada que mostró engrosamiento localizado de la pared del tercio distal de esófago de 2,6 cm por 3 cm. El estudio contrastado alto evidenció lesión esofágica inferior compatible con leiomioma. A fin de aclarar la imagen se solicitó una resonancia magnética nuclear de tórax que denotó a nivel mediastinal inferior prevertebral una imagen ovoidea de 2,5 cm por 3 cm en una extensión cráneo-caudal de 4cm en contacto con el borde lateral del esófago. Ante la probable resolución quirúrgica se realizó una ecoendoscopía que mostró a 34 cm de la arcada dental superior una lesión elevada de 4 cm que ocupaba parcialmente la luz, de aspecto ecográficamente quístico con residuos, compatible con duplicación quística esofágica. Hasta la fecha se decidió tomar una conducta expectante. Comentario. Las duplicaciones digestivas pueden ser quísticas (95%) o tubulares (5%). La mayoría de los quistes se presentan en niños aunque han sido descriptos en adultos también. El esófago es la segunda localización (15%-20%) luego del duodeno. Se manifiestan por distensión abdominal, dolor, vómitos, sangrado o masa palpable.
Conclusiones. El uso de la radiología convencional puede acercarnos bastante al diagnóstico de una duplicación del tracto digestivo. Los estudios contrastados diferencian la situación intramural, intraluminal o adyacente a lapared. La ultrasonografía demuestra el carácter quístico o no de la masa. Es por eso que el estudio con múltiples enfoques y distintos estudios complementarios por imagen ayudan en el diagnóstico certero de esta patología poco frecuente.

CC/P - 09

INTUSUSCEPCION INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO EN EL PACIENTE ADULTO

Promenzio, EM(1); Alach, E(1); Crispiani, R(1); De Maria, J(1); Santos, C(1); Cassini, E(2); Ventura, A(1); Villaverde, A(1)
(1)Servicio de Gastroenterologia Hospital Italiano de La Plata (2)Servicio de Cirugía Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

Introducción. La intususcepción intestinal es una patología muy frecuente en la infancia y solo el 5% de los casos se producen en la población adulta, donde ocasionan el 1% a 5% de los casos de abdomen agudo oclusivo. La presentación clínica suele ser subaguda o crónica y el 90% son secundarios a patología intestinal (benigna o maligna). Los tumores benignos son la causa mas frecuente cuando el intestino delgado está involucrado y los malignos cuando hay compromiso colónico. La TAC y la videocolonoscopía se consideran los métodos diagnósticos de primera línea y el tratamiento quirúrgico de elección. Objetivo. Reportar una causa infrecuente de abdomen agudo oclusivo en adultos y el valor de la endoscopía para llegar al diagnóstico. Caso clínico. Paciente masculino de 52 años que consulta por guardia por cuadro de dolor y distensión abdominal, vómitos y catarsis negativa de 72 hs de evolución. AP: HTA, litiasis renal por lo que recibió litotripsia extracorpórea. AF: no refiere. Hábitos: tabaco 20 cig/día, alcohol 15-20 g/día. Medicamentos: enalapril y bromazepan. Examen físico: regular estado general, hemodinámicamente estable y afebril. Abdomen distendido con dolor a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca derecha y reacción peritoneal a ese nivel. Impresiona formación palpable en fosa ilíaca derecha. Ruidos hidroaéreos positivos, puñopercusión lumbar derecha positiva. Laboratorio: GB 11.300, netrófilos 72%, hiperamilasemia x 2, resto de la rutina de sangre y orina normal. Rx simple de abdomen: niveles hidroaéreos en intestino delgado. TAC de abdomen: paredes engrosadas en colon derecho que disminuyen la luz del órgano con diagnóstico presuntivo de neoplasia de colon derecho. Videocolonoscopía: se progresa hasta colon derecho donde se observa asa de intestino delgado con mucosa conservada protruyendo a traves de la válvula ileocecal. Diagnóstico endoscópico: intususcepción íleo-colónica. Laparotomía exploradora: intususcepción íleo-colónica por tumor de aspecto submucoso. Anatomía patológica: lipoma de íleon distal. Evolución: favorable luego de la cirugía. Conclusión. El presente caso ilustra una patología infrecuente en adultos donde la endoscopía constituyó una herramienta de gran valor en el diagnóstico prequirúrgico.

CC/P - 10

LINFOMA FOLICULAR DUODENAL: DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO

Panunto, M(1); Kohan, M(1); Orbe, G(1); Cenoz, C(2); Pombo, MT(2); Fernández, I(3); Galeano, A(3); Gimenez Villamil, C(1)
(1)Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (2)Laboratorio de Anatomía Patológica e Inmunomarcación (3)Fundaleu. Argentina.

Introducción. Los linfomas foliculares son linfomas no Hodgkin de bajo grado que se originan a partir de células B. Se presentan habitualmente con adenomegalias periféricas. Sin embargo, algunos pacientes tienen enfermedad localizada en el intestino delgado, especialmente en la segunda porción duodenal. Objetivo. Presentación de un caso de linfoma folicular intestinal primario con énfasis en las características macroscópicas que permiten su diagnóstico endoscópico y las técnicas histológicas e inmunohistoquímicas confirmatorias. Caso clínico. Paciente de sexo masculino de 58 años que consultó en mayo/07 por epigastralgia y síntomas de RGE de un año de evolución. En la VEDA se halló hernia hiatal, gastritis erosiva y en la segunda porción duodenal, dos áreas de mucosa con patrón micronodular y puntillado blanquecino. La biopsia gástrica demostró una gastritis antral crónica activa no atrófica asociada a HP. En la biopsia duodenal se observó una infiltración linfoidea difusa y folicular en la lámina propia. Con la inmunomarcación se observó positividad difusa con ACL y en los nódulos linfoideos presentes, positividad con CD20, BCL-2 y CD10. Con AE1-AE3 no se observaron complejos linfoepiteliales. Los marcadores restantes fueron negativos. Los resultados fueron compatibles con linfoma folicular intestinal. En la citometría de flujo se confirmaron hallazgos compatibles con linfoma no Hodgkin fenotipo B. El paciente recibió triple esquema de erradicación para HP y fue derivado para evaluación por Hematología. Se efectuaron estudios de estadificación (PAMO, TAC, PET-TC) llegándose a la conclusión de que el linfoma era primario de intestino delgado. Recibió 6 ciclos de quimioterapia (fludarabina, mitoxantrona y dexametasona) más rituximab con remisión completa de la lesión. VEDAs de seguimiento en diciembre/07, setiembre/08 y marzo/09 sin hallazgos macroscópicos. Biopsia duodenal: Mucosa congestiva. Conclusión. El linfoma folicular duodenal puede ser un hallazgo incidental en el curso de una VEDA solicitada por otra causa. El tener este dato "in mente" y el poder reconocer la lesión endoscópica permitirá no omitir este diagnóstico de relevancia.

CC/P - 11

METASTASIS DE MELANOMA EN ESTOMAGO Y DUODENO COMO CAUSA APARENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Campitelli, EH(1); Paszkiewich, A(1); Zanotti, B(1); Ibarra, D(1); Peré, F(1); Racca, ML(1); Ronchetti, R(1); Lago, N(1)
(1)Hospital Aeronáutico Central. Argentina.

Introducción. El melanoma maligno es una neoplasia originada en el melanocito y su localización más frecuente es la piel. Existen cuatro formas comunes de melanoma maligno (MM) y varias formas infrecuentes. Dentro de las primeras se encuentran: el lentigo maligno, el melanoma extensivo superficial, el melanoma acrolentiginoso y el melanoma nodular, y dentro de las últimas encontramos al melanoma desmoplásico, al neurotrópico, al MM en nevus congénito, al MM de desviación mínima, evolutivamente es altamente metastásica por vía hematógena y con una incidencia en tubo digestivo del 7% en autopsias. Objetivo. Comunicar el hallazgo de metástasis en estómago y en duodeno en un paciente en aparente buen estado general como causa de sangrado y anemia de tipo mixta. Caso clínico. Paciente de 82 años de edad con antecedentes de Hipertensión, diabetes de tipo II, anemia mixta y melanoma en dedo del pie derecho cinco años atrás en seguimiento estricto por cirugía plástica y dermatología. Pese al monitoreo continuo el paciente presentó síndrome ácido sensitivo por lo que se lo estudió en nuestro servicio haciéndose el diagnóstico de progresión de la enfermedad por endoscopía y biopsias, siendo positivas con las pruebas inmunohistoquímicas S 100 y HMB 45. Comentario. Los hallazgos endoscópicos que en una primera instancia fueron interpretados como de origen inflamatorio, probablemente por la zona donde se tomó la biopsia, fueron aclarados en una segunda endoscopía, con una el hallazgo de células que evocaban melanocitos y fueron confirmadas con la inmunohistoquímica. Los hallazgos histológicos se caracterizan por la proliferación de células epitelioides atípicas de patrón difuso, las células poseen núcleos irregulares con nucleolos prominentes eosinófilos e índice mitótico elevado. Focalmente se observa pigmento parduzco en sus citoplasmas con Inmunofenotipo de la neoplasia HMB-45 y frecuentemente pueden ser S 100 +. Conclusiones. El melanoma cutáneo constituye del 1% al 3% del total de las neoplasias. Son la causa más frecuente de metástasis en las autopsias, siendo la estadística en el tubo digestivo: delgado (35%), colon (14.5%), y estómago (7%) como los más frecuentes. En la endoscopía se pueden ver como, lesiones polipoideas, masas ulceradas o nódulos submucosos y en la práctica no se las encuentra más de un 2% a 3%. Pueden ser melanóticas o amelanóticas. La llegada por vía hematógena y la rápida duplicación hacen que fenómenos isquémicos determinen la necrosis y ulceración de las mismas. En éstas instancias las expectativas de vida son cortas, entre 3 y 6 meses.

CC/P - 12

POLIPECTOMIA DE POLIPO GASTRICO GIGANTE: APLICACIÓN DE UNA TECNICA, SIMPLE, SEGURA Y UTIL

Resial, M(1); Scalese, E(1); Bucciarelli, F(1); Levin, A(1); Pratto, D(1); Piombino, D(1); Cisera, M(1); Vicentin, C(1); Wulfson, A(1)
(1)Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez Rosario. Argentina.

Introducción. En1824 Otto describe el primer pólipo gástrico. Son lesiones raras con una frecuencia de 3% De ellos los gigantes (>2cm) son un bajo porcentaje,predominan en adultos mayores no hay diferencia en cuanto a sexo. Los pólipos gástricos son hallazgos endoscópicos y radiológicos, solo el 50% da síntomas (epigastralgia, anemia, hemorragia, síndrome pilórico intermitente). Se dividen en dos grupos: hiperplásicos y adenomatosos. Los hiperplásicos son más frecuentes: 70-90% (sésiles 14%, semipediculados 39%, pediculados 47%). La posibilidad de malignizarse es mayor en los adenomatosos y aumenta en los de mayor tamaño. La localización más frecuente es el cuerpo gástrico. En general se acepta la extirpación endoscópica de pólipos pediculados < 4 cm cuyo pedículo sea < 1-1,5 cm, en pólipos sésiles se considera posible la extirpación de los < 2,5 cm. A mayor tamaño mayor posibilidad de sangrar al extirparlo. El riesgo de sangrado post-polipectomia varía entre 0,3% y 6%. Cuando no es posible extirpación endoscópica por tamaño, morfología sésil o por alguna contraindicación,debe considerarse extirpación quirúrgica. Existen dispositivos mecánicos para lograr hemostasia (endoloops y endoclips) utilizados con éxito para prevención de hemorragia post polipectomía. Estos procedimientos son técnicamente exigentes y costosos. Los métodos de profilaxis, como inyección submucosa de adrenalina, se pueden utilizar para disminuir de tamaño el pólipo, reducir el sangrado post polipectomía, facilitando la técnica y evitando la resección en partes (peacemeal). Objetivo. Presentar un caso de extracción endoscópica de pólipo gástrico gigante previa reducción del tamaño con adrenalina. Caso clínico. Mujer de 76 años en estudio de anemia crónica (Hb de 8 g/dl). Se realizó VEDA, encontrándose en antro prepilórico una masa polipoidea pediculada de 7 cm (pólipo hiperplásico). Debido al gran tamaño y al presentar anemia ferropénica sin otras causas evidentes, se decide extirpación. Se realiza una segunda endoscopía bajo sedación (propofol-midazolan) usando endoscopio Olympus Exera GIF0145. Se observa pólipo antral invaginado en bulbo, aspecto cerebroide, blando, friable y con pediculo corto de más de 10 mm. Se realiza maniobra para desenvaginar. Se inyectan 18 cc de adrenalina 1/10.000 en la base y en la masa polipoidea, con intención de reducir el tamaño y evitar sangrado. Posteriormente a la extirpación con asa de polipectomia, se espera un tiempo de 5 minutos, observándose una reducción de tamaño y aumento de la consistencia. El procedimiento se realizó en una sola sesión, se extrae pólipo de 4 cm en una sola pieza, sin complicaciones inmediatas ni tardías. La paciente permaneció internada 24 hs en observación. El informe de la pieza confirmó el diagnóstico de pólipo hiperplásico. Conclusión. La inyección de adrenalina en la masa polipoidea y en la base reduce el tamaño del pólipo y las posibilidades de complicaciones como sangrado post-polipectomía Es un método sencillo, útil, seguro y económico para la extirpación endoscópica de pólipos gástricos de gran tamaño.

CC/P - 13

POLIPO GASTRICO Y TRANSFORMACION MALIGNA

Schiavone, SA(1); Kalousek, MF(1); Marzetti, ME(1); Roatta, R(1); Sanchez De Loria, JC(1); Vacaro, F(1)
(1)Hospital Santojanni. Argentina.

Introducción. El estudio de los pólipos del tracto digestivo superior centra su mayor interés en los pólipos gástricos epiteliales debido a su potencial maligno. Son lesiones generalmente asintomáticas, y constituyen muchas veces un hallazgo incidental en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos por otras indicaciones. Los pólipos gástricos epiteliales son poco comunes, diversos estudios señalan una incidencia de 1,2% a 3%. Se agrupan en no neoplásicos, donde se incluyen los pólipos hiperplásicos, (28% a 75%) y los pólipos de glándulas fúndicas (47%). En otro grupo, el de los pólipos neoplásicos, se ubican los adenomas que representan el 10% de los pólipos gástricos. El riesgo de malignización de estos es de alrededor del 10%. Los pólipos hiperplásicos pueden presentar transformación maligna en 2,1%. El riesgo aumenta en aquellos pólipos de más de 2 cm. Objetivo. Presentación de un caso clínico de paciente con adenoma gástrico con foco de carcinoma invasor. Caso clínico. Paciente de sexo femenino de 75 años que consultó por dolor abdominal epigástrico y cuadro dispéptico. Se realiza videoendoscopía: lesión polipoidea subcardial de 2 cm de diámetro, subpediculada de superficie erosionada con cubierta fibrinosa, y mucosa de cuerpo con patrón en empedrado, y eritema antral. Se toma biopsia de la lesión y de mucosa de cuerpo y antro. Informe anatomopatológico: 1) fragmento de mucosa gástrica con fenómenos de necrosis, ulceración con material fibrinoleucocitario con escaso epitelio glandular con macrocariosis e hipercromacia nuclear. Se sugiere nueva toma para descartar atipía. 2) Gastritis crónica superficial, Helicobacter pylori negativa. Ecoendoscopía: lesión de región subcardial, que nace de la mucosa, de aproximadamente 20 mm, subpedicular con ecogenicidad comparable a la mucosa. Videoendoscopía con polipectomía. Informe anatomopatológico: las secciones histológicas muestran formación polipoide gástrica que presenta ulceración de la superficie, con depósito fibrinoleucocitario A nivel glandular se observa remanente de glándulas conservadas cambios citológicos que van desde una displasia de bajo grado a un adenocarcinoma intramucoso, destacando un sector de invasión de lámina propia y pedículo fibrovascular. TAC de abdomen y pelvis: hígado de aspecto esteatósico con pequeña imagen hipodensa, en lóbulo derecho. TAC de tórax: sin particularidades. Se indica tratamiento quirúrgico. Conclusión. Dado el riesgo de transformación maligna que presentan los adenomas gástricos, la polipectomía endoscópica, el estudio histopatológico, y el seguimiento endoscópico son la indicación adecuada. En los casos de invasión carcinomatosa que se encuentra limitada a la mucosa y el tipo es bien o moderadamente diferenciado la remoción endoscópica y el seguimiento son suficientes. Ahora bien, si el foco carcinomatoso atraviesa la lamina propia, compromete el pedículo y estructuras vasculares está indicado el tratamiento quirúrgico.

CC/P - 14

A PROPOSITO DE UN CUERPO EXTRAÑO GASTRICO

Cappelletti, CAR(1); La Via, J(1); Guzman, J(1); Schariti, N(1); Cerletti, E(1)
(1)ACED Centro Endoscopico. Argentina.

Introducción. Los cuerpos extraños gástricos suelen plantear situaciones problemáticas, que pueden derivar en la resolución de los mismos por vía quirúrgica. Objetivo. Plantear un caso problema ocurrido en nuestro centro ambulatorio. Caso clínico. Paciente de sexo masculino de 44 años de edad con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Se presenta a realizar una endoscopía digestiva alta (EDA) un paciente de sexo masculino con diagnostico de hemorragia digestiva alta (HDA). Al realizarse el procedimiento, previa sedacion anestésica del paciente, se halla en techo gástrico un cuerpo extraño de gran tamaño que produce úlceras por contacto. Se intenta extraer el mismo en tres ocasiones utilizando sobretubo, pinza de cuerpo extraño y asa de polipectomía, logrando en todas ellas llevarlo hasta el esfínter esofágico superior (EES), no pudiendo franquear el mismo por lo que se lo introduce nuevamente en la cavidad gástrica y se lo extrae por vía quirúrgica. Conclusiones. 1) La EDA es un método eficaz para la extracción de cuerpos extraños. 2) A pesar de contar con los adecuados materiales no siempre es posible resolverlos por vía endoscopica. 3) Es importante realizar un interrogatorio correcto previo a la derivación por personal correctamente entrenado. 4) No se registró complicación alguna durante el procedimiento endocopico o la cirugía.

CC/P - 15

CAUSA INFRECUENTE DE TUMOR EN REGION CECAL APORTE DE LA VIDEOCOLONOSCOPIA POR SISTEMA FICE

Della Giustina, F(1); Lorenzo, M(1); Correa, G(1); Mengarelli, S(1)
(1)Instituto Oulton. Argentina.

Caso clínico. Sexo femenino, 35 años. MC: dolor inespecifico FID de dos años de evolución con propagación a región lumbar. Se descarta patología ginecológica y traumatológica. APP: apendicectomía en 2003. AHF: primo con CA de colon. APF: 4 embarazos, 4 cesáreas. LBT: GB 10000, VSG 80mm 1a h. Ecografía abdominal: distension asas. Colon por enema: estrechez de contornos irregulares, rígidos de límites nodulares a nivel de región ceco-ascendente de 6-7 cm de extensión. TAC abdominopelviana d/c: franco engrosamiento de última asa ileal de 100 mm de extensión, con compromiso de ciego, con imagen fistulosa hacia fondo uterino. Adenopatías satélites. Incremento de grasa mesentérica. Quiste anexial izquierdo de 45mm. Colonoscopía por sistema FICE: lesión vegetante ulcerada infranqueable de colon derecho. Biopsias sobre patrón glandular tipo inflamatorio (frasco 1) y biopsias de zona de capilares tortuosos y neoformación de vasos (frasco 2). Tránsito de intestino delgado: última asa ileal con menor distensión, mucosa irregular, bordes espiculados, sugiere en primer lugar proceso inflamatorio. Ciego y ceco-ascendente con bordes irregulares y escasa distensión. Anatomía patológica: frasco 1) mucosa con inflamacion aguda parietal; frasco 2) tumor maligno invasor con diferenciación neuroendócrina. Abdomen agudo oclusivo. Cirugía: hemicolectomía derecha con resección de íleon terminal y linfadenectomía. Anatomía patológica de pieza quirurgica: carcinoma neuroendócrino mixto de alto grado (insular glandular), metástasis en 3 ganglios. Se plantean diferentes diagnosticos diferenciales.

CC/P - 16

DRENAJE ESPONTANEO A DUODENO DE PSEUDOQUISTE PANCRÉATICO Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UNA PERFORACIÓN DE COLON

Torres, A(1); Viñuela, C(1); Adi, J(1); Roman, R(1); Salomone, S(1); Milutin, C(1)
(1)Hospital Lagomaggiore. Argentina.

Introducción. Los pseudoquistes del páncreas son comunes, pero el drenaje espontáneo, fistulización, o ambos se produce en menos de 3% de los casos. Las perforaciones en la cavidad peritoneal, el estómago, el duodeno, el colon, la vena porta, la cavidad pleural, o través de la pared abdominal se han descripto. Sin embargo la perforación en duodeno es extremadamente rara, de todas maneras estas pueden ser manejadas sin cirugía. Hay que mencionar que una opción de tratamiento para solucionar un pseudoquiste pancreático es el drenaje percútanlo que tiene una tasa de éxito del 79% y de complicaciones del 15% una de ellas la perforación de víscera hueca. Caso clínico. Paciente de 45 años de edad con antecedente de obesidad grado I y litiasis vesicular que ingresa derivada a UTI a nuestro hospital por cuadro de pancreatitis aguda severa (Ranson en las primeras 24hs de 4 y a las 48 hs de 11); con mala evolución requiriendo ARM y antibióticos (imipenem). Se realiza en la internación TAC de abdomen que muestra un páncreas edematoso heterogéneo con colección intrapancreática y líquido libre abdominal, Baltasar C (30%-50%) y derrame pleural izquierdo. Se decide realizar drenaje percútanlo al séptimo día de internación, bajo visión ecografiíta. Se drena líquido turbio con mejoría parcial posterior de los síntomas, persistiendo leve dolor epigástrico y en hipocondrio izquierdo. La ecografía control a los tres días del drenaje mostraba un páncreas aumentado de tamaño, estructura irregular, colección hacia cola del páncreas de 15 cc. Se continúa tratamiento con antibióticos. Pese al tratamiento la paciente presenta episodio agudo de dolor epigástrico y fiebre de hasta 39 ºC con resolución espontánea a las 24 hs. Se decide realizar VEDA, que muestra en bulbo abundante material necrótico y hacia cara anterior orificio fistuloso de bordes irregulares edematosos, se ingresa por el mismo observándose abundante contenido necrótico y pus, se realiza necrosectomía endoscópica. TAC de control sin colecciones. En colon tranverso se visuliza cateter que lo atraviesa. Por persistir leve dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo se realiza colonoscopía confirmando en colon izquierdo catéter de drenaje percutáneo a través del colon. Se decide retirar el mismo y colocar 2 clips en cada boca. Posteriormente al procedimiento disminuye el dolor y se da de alta a la paciente a los 5 días del procedimiento. Conclusión. En nuestro paciente además de constatar el drenaje espontáneo de un pseudoquiste pancreático hacia duodeno, entidad que es altamente infrecuente, presentó una perforación colónica como complicación de un drenaje percutáneo que fue solucionada por endoscopía satisfactoriamente.

VC - 01

VARIANTE TECNICA DE LA MIOTOMIA ENDOSCOPICA EN DIVERTIVULO DE ZENQUER

Martinez, H(1); Mosca, I(1); Villarroel, M(1); Balduzi, C(1); Grillo, V(1); Gonzalez, V(1)
(1)Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

Introducción. El divertículo de Zenker es el más común de los divertículos que se forman en el tracto digestivo superior. La miotomía con endoscopio flexible constituye una buena alternativa a la cirugía, ya que presenta buena tasa de respuesta a los síntomas, se puede realizar en pacientes malos candidatos a cirugía, no requiere de anestesia general, rápida reanudación de la ingesta y baja tasa de complicaciones. Dicha técnica se basa en la utilización de un dispositivo de corte (knife, argón plasma, etc) para la realización de la miotomía. En nuestra Unidad se viene desarrollando la técnica desde el año 1998, con la introducción de algunas modificaciones: se aplica corte con knife en modo coagulación pura; se corta la muscular en profundidad mayor que la mucosa, de modo que queden flaps mucosos para poder cubrir el área cruenta de la incisión mediante el cierre con clips. Objetivo. Mostrar una variante técnica de la miotomía con endoscopio flexible. Materiales y métodos. Se utilizaron endoscopios Olympus® serie 160; fuente electroquirurgica ERBE®y Olympus, diverticulotomo blando bivalvo, bujía de Savary, dispositivo de corte tipo Needle-Knife, clips. Los pacientes incluidos presentaban diagnostico radiológico y/o endoscópico del divertículo, con la presencia de síntomas. Se empleó la siguiente técnica: Paciente con sedación moderada monitoreado por medico anestesiólogo. Colocación de diverticulotomo bivalvo, quedando de esta manera expuesto el septum diverticular. Corte medial del divertículo con Knife, profundizando sobre la capa muscular, preservando los colgajos mucosos. Union de los colgajos mucosos de cada lado con clips, de manera que no quede expuesta la incisión del septum. Luego del procedimento, se realiza un esofagograma con contraste iodado, para verificar la presencia de fuga hacia mediastino. Luego permanecen internados 24 hs para control clínico. Comienza la ingesta de liquidos el mismo día del procedimiento. Se realiza seguimiento clínico para comprobar el resultado del procedimiento. Resultados. Se incluyeron 33 pacientes desde 1998 hasta enero 2010. Cuatro de ellos requirieron 2 sesiones de tratamiento. De las 37 miotomias, 11 fueron con sonda NG y 26 con diverticuloscopio blando. La respuesta sintomática completa se obtuvo en todos los casos. Se registraron 2 complicaciones, 1 sangrado que requirió tratamiento quirúrgico, y 1 paciente con dolor retroesternal que prolongó su internación por 4 dias. Los pacientes que requirieron una segunda miotomía (n:4, 12%) tuvieron recidiva sintomática que promedió los 6 meses en manifestarse. Conclusión. La miotomía con endoscopio flexible constituye una buena opción para el tratamiento del Divertículo de Zenker. La técnica con cierre de la miotomía con clips ofrece la ventaja del rápido inicio de la alimentación, minimización del riesgo de complicaciones (perforación, sangrado) y extender la indicación a tosedores crónicos.

VC - 02

DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA EN CANCER GASTRICO TEMPRANO

Moragrega, V(1); Mosca, I(1); Esteves, S(1); Yantorno, M(1); Villarroel, M(1); Garcia, B(1); Villaverde, A(1); Martinez, H(1); Chopita, N(1)
(1)HIGA San Martin La Plata. Argentina.

Introducción. El cáncer gástrico temprano se define como aquél que involucra la mucosa y submucosa independientemente de la infiltración ganglionar. En pacientes con enfermedad no invasiva, con infiltración submucosa superficial, es decir, en aquellas donde el riesgo de diseminación linfática es mínima, las nuevas técnicas de mucosectomía y de disección submucosa endoscópica (DSE) han permitido el tratamiento de estas lesiones por via endoscópica, con mayor porcentaje de resección completa y menor riesgo de recurrencia local. En nuestra presentación, exponemos un caso de cáncer gástrico temprano con criterios para tratamiento endoscópico. Objetivo. Demostrar la utilidad de la disección submucosa endoscópica para el tratamiento del cáncer gástricas temprano. Objetivar la capacidad de resección completa con márgenes libres de enfermedad. Material y métodos. Se realizó tratamiento endoscópico en un paciente adulto joven con diagnóstico de metaplasia intestinal con alto grado de displasia. Se utilizó un gastroscopio Olympus GF-145, con técnica de disección submucosa, inyección con solución fisiológica, corte con needle-knife y disección con it-knife. Resultados. Se envió a anatomía patológica donde se informó adenocarcinoma bien diferenciado con infiltración submucosa menor a 500um, márgenes libres de enfermedad. Conclusiones. La resección en bloque utilizando técnicas de disección submucosa endoscópica presenta mejores tasas de resección completa con menor riesgo de recurrencia local. Las complicaciones son mas frecuentes en DSE, y se relacionan con la experiencia del operador y la presencia de ulceración. El tiempo del procedimiento es significativamente mayor en la DSE. La DSE se considera actualmente una técnica útil para lesiones tempranas con compromiso submucoso de hasta 500 um (SM1), de cualquier tamaño sin ulceración y < 3 cm con ulceración.

VC - 03

FUNDUPLICATURA TRANSORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO. MITO O REALIDAD?

Nieponice, A(1); Nachman, F(1); Badaloni, A(1)
(1)Fundacion Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Desde la aparición de los inhibidores de la bomba de protones como un eficaz tratamiento médico para la enfermedad por reflujo, existe una controversia constante con el espectro de la indicación de una funduplicatura quirúrgica. A pesar de que la laparoscopía ha conseguido una gran aceptación y se convirtió en el procedimiento quirúrgico estándar, muchos clínicos y gastroenterólogos se muestran todavía reticentes a derivar a los pacientes para la cirugía y se ven en esta opción sólo como una alternativa cuando el tratamiento con IBP falla. La funduplicatura transoral se inició en 2007 para el tratamiento de la enfermedad por reflujo. A diferencia de intentos anteriores, el procedimiento se basa en un funduplicatura de espesor total de la unión esófago gástrica. Cuenta con una hélice interior que fija la unión esófago gástrica y permite la tracción, restaurando así la extensión intraluminal del ángulo de His y la restauración de la longitud intraabdominal, tratando de recrear una válvula de Hill tipo I. Caso clínico. En el presente video se presenta la primera experiencia en Argentina con esta tecnología. Un paciente de 28 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico tratado con 80mg de esomeprazol diarios. En los estudios complementarios se evidenciaba reflujo hasta el 1/3 superior del esófago sin hernia hiatal. Se realizó una funduplicatura endoscópica con 10 puntos de sutura sin complicaciones. El paciente fue externado al día siguiente con una dieta adecuada al procedimiento y suspendió los IBP una semana después de la cirugía. A los seis meses de seguimiento se encuentra asintomático y sin requerimientos de medicación. Conclusiones. Mientras la funduplicatura laparoscópica es extremadamente eficaz en la eliminación de los síntomas de la ERGE, un método aún menos invasivo puede ganar aceptación en la comunidad gastroenterológica para reemplazar la terapia con IBP, cuya ingesta crónica no siempre resulta en un control óptimo de los síntomas. Las terapias endoscópicas pueden ofrecer una alternativa a los medicamentos antirreflujo para toda la vida y, como tales, son sometidas a una intensa investigación y desarrollo. El claro fracaso de varios intentos anteriores ha generado una gran dosis de escepticismo. Sin embargo, la funduplicatura transoral es el primer procedimiento que se parece mucho a una funduplicatura quirúrgica y su técnica de construcción con contacto real serosa-serosa debería producir una válvula de larga duración con el control a posteriori de los síntomas. Estudios controlados se están desarrollando para evaluar la efectividad de esta nueva terapeútica en comparación con el tratamiento médico y la cirugía laparoscópica.

VC - 04

COMBINACIÓN DE DRENAJE TRANSMURAL Y TRANSPAPILAR DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POSTNECROSECTOMIA

Zelener, V(1); Ibarra, G(1); Romano, M(1); Fishburne, M(1); Cimmino, D(1); Oria, A(1)
(1)Servicio de Cirugía General, Hospital de Agudos Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Los pseudoquistes postnecrosectomía se desarrollan a partir de la ruptura del conducto pancreático principal o conductos secundarios, posteriores a la necrosectomía quirúrgica, siendo su contenido exclusivamente líquido pancreático, sin tejido necrótico. Estas características hacen de la endoscopía el mejor método para drenar estos pseudoquistes. Las condiciones necesarias para el abordaje endoscópico son: contacto con la pared gástrica o duodenal y/o comunicación con el conducto pancreático. Objetivo. Presentar el drenaje de un pseudoquiste pancreático postnecrosectomía utilizando la combinación del drenaje transmural y transpapilar. Caso clínico. Hombre de 48 años con antecedentes de necrosectomía pancreática quirúrgica en 2008 por pancreatitis aguda biliar necrotizante con cierre de herida quirúrgica por segunda y eventroplastia en 2009. Presenta dos meses posteriores a la eventroplastia, dolor abdominal intenso. Se realiza ecografía y TAC diagnosticándose pseudoquiste postnecrosectomía. Utilizando un duodenoscopio, se realiza cistogastroanastomosis transmural, dilatación con balón y colocación de drenaje nasoquístico de 10 french, evacuando 300 ml de líquido citrino, con amilasa mayor a 10.000 UI. Evoluciona con alto débito por el drenaje nasoquístico (200 ml/ día) y drenaje parcial del pseudoquiste, por lo que se decide 2 semanas más tarde realizar fistulografía a través del drenaje observándose comunicación de la cavidad del pseudoquiste con el conducto pancreático proximal, por lo que se coloca stent de 7 french transpapilar. Disminuye el débito por del drenaje nasoquístico hasta agotarse al séptimo día. Se realiza TAC control no evidenciándose el pseudoquíste. Se extrae drenaje nasoquístico y se otorga externación hospitalaria. El paciente vuelve a control a los 4 meses, asintomático. Se realiza ecografía donde no se evidencia pseudoquíste. Se extrae stent y se efectúa wirsungrafía observándose conducto pancreático distal conectado a una pequeña cavidad intermedia. Con la combinación del drenaje transmural y transpapilar se logró la completa evacuación y resolución del pseudoquiste postnecrosectomía. Conclusiones. El objetivo de la descompresión endoscópica de los pseudoquistes pancreáticos es crear una fistula de baja resistencia entre la cavidad llena de fluidos y la luz gástrica o duodenal que permitirá que las colecciones de fluidos encerrados se drenen y la cavidad se cierre. Ante la falta de resolución del mismo es importante evaluar la comunicación con el conducto pancreático y de demostrarse la misma, se hace necesaria la colocación de un stent transpapilar para completar el tratamiento.

VC - 05

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE DÍFICIL DIAGNÓSTICO

Arce, M(1); Prosperi, G(1)
(1)Sanatorio Adventista del Plata. Libertador San Martín. Entre Ríos. Argentina.

Introducción. Se ha definido a la hemorragia digestiva de difícil diagnóstico a aquel cuadro clínico que se manifiesta por sangrado continuo o intermitente, que persiste o recurre, luego de una evaluación con videoendoscopía digestiva alta y videocolonoscopía, no lográndose establecer con certeza un diagnóstico, a pesar de un exhaustivo estudio del paciente. Objetivo. 1) Enfatizar la importancia de realizar los estudios endoscópicos en forma minuciosa en todo paciente con hemorragia digestiva, aunque establecer el diagnóstico pueda llegar a ser dificultoso. 2) Recordar la baja positividad de los procedimientos diagnósticos para la entidad a tratar. 3) Subrayar la necesidad de alcanzar un alto índice de sospecha para el diagnóstico de esta entidad, dado su elevada morbimortalidad. Caso clínico. Se presenta el caso de un paciente de 58 años de edad con hemorragia digestiva recurrente, que presentó tres episodios de hematemesis y melena, sin alcanzarse un diagnóstico de certeza. Otros síntomas fueron: dolor en FII y en epigastrio. Antecedentes: 1) tóxicos: etilismo y tabaquismo; 2) clínicos: HTA, arteriopatía periférica; 3) quirúrgicos: by pass aorto-bifemoral en 2007. Primer episodio (10/11/09): VEDA 1: esofagitis G II, erosión antral. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Segundo episodio (27/11/2009): VEDA 2: antritis. VCC: hasta ciego, pólipo de recto, resto normal. TAC de abdomen: prótesis de reemplazo aórtico rodeado de tejido inflamatorio. Arteriografia mesénterica: normal. Tercer episodio (19/12/2009): VEDA 3: gastritis hemorrágica, úlcera de bulbo en cara posterior con coágulo. VEDA 4: gastritis hemorrágica, úlcera de bulbo de 15 mm cubierta con fibrina. Ecografía abdominal: prótesis aórtica permeable. Cuarto episodio (3/01/2010): VEDA 5: coágulo en techo gástrico, ¿lesión submucosa?, carditis (video). TAC de abdomen: aorta con placas de ateromatosis calcificada, con una formación que creemos constituye un aneurisma sacular. VEDA 6: carditis, erosión en cuerpo alto, cicatriz de ulcera en bulbo (video). VEDA 7: en la tercera porción de duodeno formación elevada de coloración amarillenta, ID: prótesis aórtica fistulizada al duodeno (video) (estudio realizado en nuestra institución). Tratamiento: cirugía: extracción de prótesis, yeyunostomia. Conclusión. La fistula aortoentérica secundaria se caracteriza por la dificultad para alcanzar el diagnóstico, por lo cual se requiere un alto índice de sospecha clínica. Insistimos en maximizar el rendimiento de los estudios diagnósticos habituales, con la finalidad de evitar falsos negativos.

VC - 06

RETIRO ENDOSCOPICO DE BANDA GASTRICA AJUSTABLE CON MIGRACION < 10%

Awruch, D(1); Escalona, A(2); Galvao Neto, M(3); Campos, J(4)
(1)Sanatorio Britanico de Rosario (2)Pontificia Universidad Católica de Chile (3)Gastro Obeso Center - San Pablo (4)Hospital de las Clinicas, Universidad Federal de Pernambuco.

La cirugía bariatrica se ha ido incrementado en los últimos años y el uso de banda gástrica ajustable se ha hecho mas frecuente en Australia, Europa y EE.UU. Las complicaciones de la banda mas frecuentes son deslizamiennto, migración y problemas relacionados al port. Un número importante de pacientes se presentan tempranamente con síntomas de infección repetida del puerto, abscesos, dolor abdominal, intolerancia alimentaria y vómitos, lo que obliga al rápido retiro de la misma en la mayoría de los casos. Muchos de estos pacientes presentan una pequeña migración al momento del examen. La mayoría de la series menciona una migración de al menos 50% para hacer efectivo el retiro endoscópico. En este caso se llevó a cabo el aceleramiento de la migración de la banda con dos sesiones previas de tratamiento endoscópico mediante corte con needle-knife usando corriente de coagulación para evitar sangrado en las zonas donde la banda comprime extrínsicamente la pared del estómago. Todo el proceso de migración y retiro fue llevado a cabo en 12 días. Otra forma de acelerar la migración es aumentando la insuflación con el consiguiente disconfort del paciente (dolor, disfagia y vómitos). Esto no puede ser realizado en pacientes con infección del puerto debido a que el mismo tuvo que ser retirado previamente. El objetivo del video es mostrar el retiro endoscópico de una banda gástrica migrada y su tratamiento previo para lograr una adecuada migración de la misma, permitiendo su retiro seguro por via endoscópica.

VC - 07

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ABSCESO ABDOMINAL POR MIGRACION DE BANDA GASTRICA AJUSTABLE

Campos, J(1); Awruch, D(2); Evangelista, L(1); Siqueira, L(1); Galvao Neto, M(3); Ramos, A(3); Ferraz, A(1); Ferraz, E(1)
(1)Hospital das Clinicas - Recife - Pernambuco (2)Sanatorio Britanico de Rosario (3)Gastro Obeso Center - San Pablo.

Introducción. La migración de la la banda gástrica ajustable (BGA) es una complicación que puede esperar mayor penetración intragástrica de la BGA para recibir tratamiento definitivo, excepto cuando hay infección o sangrado. Objetivo. Mostrar un video de un tratamiento endoscópico de remoción de banda en un paciente con migración de BGA que presentó una grave infección intrabdominal. Caso clínico. El cuadro clínico estuvo constituído por dolor epigástrico, fiebre y leucocitosis. La endoscopía mostró abultamiento de la pared gástrica y la tomografía abdominal reveló un abceso perigástrico envolviendo la BGA. Se comenzó con antibioticoterapia, seguida de endoscopía de urgencia para drenaje transgástrico del abceso, usando needle-knife y balón de dilatacion para aumento de la comunicación de la cavidad gástrica con el abceso permitiendo la entrada del endoscopio para remoción de detritus y lavado del mismo. Se realizó tracción del tubo de conexión hacia dentro del estómago. Después de eso fue seccionada la mucosa que revestía la BGA, parcialmente migrada, tratando de promover una mayor penetración intragástrica de la prótesis. El tubo de la banda fue traccionado para la cavidad gástrica previniendo um cerramiento del orificio de drenaje. Esto posibilitó la conducta expectante con seguridad para el posterior retiro endoscópico de la banda. Hubo adecuada respuesta terapéutica, con control de la infección en 5 meses de seguimiento cuando fue finalmente realizada la remoción endoscópica de la banda Conclusión. Semejante a la técnica empleada en NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery) transgástrico en el drenaje de abceso peripancreático, el drenaje endoscópico de absceso perigástrico asociado a BGA tambien fue factible y evitó la reoperacion abdominal, cirugía técnicamente compleja con alta incidencia de complicaciones.

VC - 08

OBSTRUCCION YEYUNAL POR DESLIZAMIENTO DE ANILLO POSTERIOR A BYPASS GASTRICO: DILATACION CON BALON DE ACALASIA

Campos, J(1); Awruch, D(2); Evangelista, L(1); Siqueira, L(1); Borges, A(1); Ferreira, F(1); Ferraz, A(1); Ferraz, E(1)
(1)Hospital das Clinicas - Recife,Pernambuco (2)Sanatorio Britanico de Rosario.

Introducción. El bypass gástrico con anillo es una cirugía de obesidad con buenos resultados, pero puede ocurrir obstrucción yeyunal proximal secundaria al deslizamiento distal del anillo, que debe habitualmente ser tratado con reoperación. Se presenta un video que contiene un diseño animado, radiografia y los hallazgos endoscópicos de estenosis yeyunal de una paciente, como asi la dilatación con balón de acalasia. Caso clínico. El diseño animado representa la correlacion anátomo-endoscópica del deslizamiento del anillo y la técnica de dilatación neumática. La paciente de 25 años se sometió a bypass gástrico con anillo 2,5 años antes con un IMC de 42,7 kg/m^2. Evolucionó bien en el postoperatorio, con vómitos esporádicos que empeoraron hace dos meses, acentuando la pérdida de peso con internación de urgencia debido a deshidratación, hipotensión y desnutrición (IMC de 19,4 kg/m^2). Video: la endoscopía digestiva alta mostró pouch gástrico dilatado, restos alimentarios y obstrucción yeyunal excéntrica 1,5 cm por debajo de la anastomosis gastro yeyunal. Fue posible el pasaje del endoscopio y de un hilo guía de Savary en el asa eferente. Bajo radioscopía se avanzó un balón de 30 mm (Rigiflex, Boston Cientific), cuya insuflación causó ruptura del anillo, el cual permaneció abierto llevando a un completo alivio de los síntomas obstructivos con alta al cuarto día. Esta técnica es segura y eficaz, con baja morbilidad y evitando una reoperación abdominal.

VC - 09

EVALUACIÓN IN-VIVO DE UN OCLUSOR BIOLÓGICO PARA EL CIERRE DEL PUERTO GÁSTRICO EN NOTES

Nieponice, A(1, 2); Sanz, A(2); Hoppo, T(2); Badaloni, A(1); Badylak, S(2); Jobe, B(2)
(1)Fundacion Favaloro, Buenos Aires, Argentina (2)Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh, PA.

Introducción: La cirugía transluminal ensdoscópica por orificios naturales (NOTES) ha emergido como una tecnología prometedora que puede cambiar el paradigma de la práctica quirúrgica actual. Una de las mayores limitaciones se basa en el cierre hermético de la puerta de entrada. Si esto fracasa, complicaciones abdominales tales como fugas y sepsis pueden convertirlo en un procedimiento inaceptable y catastrófico. Las principales limitaciones de los enfoques actuales incluyen la viabilidad técnica o la utilización de materiales inertes que dejan un cuerpo extraño permanente en el puerto de entrada. El uso de andamios biológicos para NOTES puede superar varias de las actuales limitaciones y no ha sido explorado. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el cierre de un acceso NOTES transgástrico con un oclusor de matriz extracelular de múltiples capas en un modelo canino. Métodos. Cuatro perros mestizos adultos fueron sometidos a una simulación de peritoneoscopía por NOTES utilizando un acceso transgástrico. Después del procedimiento se cerró el orificio gástrico mediante la implementación del oclusor biológico utilizando un abordaje combinado endoscópico y laparoscópico. Los animales fueron sobrevividos durante 7 días (n=2) y 8 semanas (n=2). El seguimiento endoscópico se realizó a las 48 hs después de la operación e inmediatamente antes del sacrificio. Los criterios de evaluación incluyeron los resultados clínicos, la presencia de fugas, el hisopado peritoneal para cultivo y la histología. Resultados. Todos los procedimientos fueron realizados sin incidentes. El despliegue del dispositivo fue posible utilizando la técnica de encuentro alcanzando impermeabilidad aérea inmediatamente después de la colocación. No se observaron fugas de líquido instilado en forma endoscópica. Todos los animales tuvieron una recuperación sin complicaciones, sin signos clínicos de dolor abdominal inespecífico. La endoscopia mostró ausencia de fugas de aire en 48 hs. Los hisopados abdominales fueron negativos y se detectaron signos de fuga en la necropsia. La histología mostró remodelación del andamio con un revestimiento de la mucosa gástrica completa. No se observó reacción de cuerpo extraño en el lugar de la lesión. Conlcusión. El oclusor biológico ha demostrado ser seguro y efectivo en este modelo preclínico. Los andamios biológicos pueden representar una herramienta útil para la aplicación clínica del NOTES.

VC - 10

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO TEMPRANO DE FISTULA POST BYPASS GASTRICO USANDO STENT POLIFLEX

Awruch, D(1); Escalona, A(2); Galvao Neto, M(3); Campos, J(4)
(1)Sanatorio Britanico de Rosario (2)Pontificia Universidad Católica de Chile (3)Gastro Obeso Center - San Pablo (4)Hospital de las Clinicas, Universidad Federal de Pernambuco.

Introducción. Las complicaciones de la cirugía bariatrica se han ido incrementando conforme a la evolución de la misma a nivel mundial. El tratamiento de las mismas en forma convencional obliga a reoperaciones en la mayoría de los pacientes. El abordaje endoscópico y el uso de stents ha sido descripto en los últimos años. Caso clínico. El caso presentado corresponde a un paciente con una filtración 5 dias posterior a un bypass gástrico que se abordó por vía endoscópica tempranamente donde se observó una estenosis a nivel de la unión gastroyeyunal y la migración hacia el interior de la luz del tubo de drenaje. La estenosis fue dilatada y el drenaje removido unos 5 cm, mejorando rápidamente el vaciamiento gástrico, disminuyendo el débito por el drenaje y recuperando el cuadro séptico del paciente. Se decidió en las 48 hs posteriores la colocación de una prótesis de poliflex para el tratamiento definitivo de la fístula. Comentario. La indicación temprana de una endoscopía es un procedimiento seguro, eficaz, que permite arribar a un diagnóstico cierto de la complicación, estudios contrastados, realizar tratamiento, drenaje de abscesos si fuera necesario, dilatación de estenosis, etc. La colocación de prótesis por vía endoscópica se ha postulado en el último tiempo como una alternativa segura y eficaz para este tipo de complicaciones. El tipo de prótesis a utilizar también es objeto de discusión, el objetivo del video es mostrar el uso y colocación de una prótesis de poliflex para el tratamiento precoz de una fistula posterior a bypass gástrico laparoscópico, como así también los aspectos técnicos que permiten una adecuada colocación. Conclusión. La endoscopía precoz en el tratamiento de las complicaciones de la cirugía bariátrica es una herramienta segura y eficaz que permite obtener buenos resultados en un número importante de pacientes.

VC - 11

USO DE STENT AUTOEXPANDIBLE EN PATOLOGÍA BENIGNA, REPORTE DE UN CASO

Herrera Babot, G(1); Alemán, M(1); Fernández, J(1); Merino, F(1); Gonzalez, D(1)
(1)Sanatorio Rivadavia-Tucumán. Argentina.

Introducción. La colocación de un stent autoexpandible para patología benigna se introdujo recientemente con éxito y existe poca experiencia al respecto aún. Reportamos un caso realizado en nuestro servicio con buenos resultados. Caso clínico. Paciente de 51 años con obesidad mórbida que fue sometido a by-pass gástrico clásico. Posteriormente presentó disfagia con ausencia del pasaje del contraste de muñón gástrico a yeyuno. En la videoendoscopía digestiva alta se observó cierre total de la anastomosis con orificio puntiforme en el extremo de la misma. Bajo control mixto, radiológico y endoscópico, se identificó un orificio puntiforme en la anastomosis. Se progresó una guía hasta lograr ingresarla en el yeyuno. Posteriormente se dilató con bujías de Savari hasta 11mm. Se logró acceder a yeyuno con el endoscopio descubriendo un orificio lateral hacia cavidad. Inmediatamente se colocó un stent esofágico autoexpansible recubierto. A las 24 hs comienzó con dieta liquida y a las 72 hs licuada. Luego de 3 meses y buena evolución se extrajo el stent. Luego de la colocación del stent, se logró ausencia de fuga de contenido a la cavidad. El paciente comenzó con ingesta oral rápidamente. A los 3 meses se extrajo el stent endoscopicamente, logrando un buen diámetro de la anastomosis y correcto ingreso a yeyuno. Conclusiones. Se presenta una resolución exitosa no quirúrgica de una complicación postquirúrgica a la vez que una falsa vía postdilatación con stent autoexpandible.